



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

---

Wrocław, dnia 22 stycznia 2021 r.

Poz. 383

### **OBWIESZCZENIE WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO**

z dnia 22 stycznia 2021 r.

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

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 (t.j. Dz. U. poz. 1842) ogłaszam wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

Wojewoda Dolnośląski:  
**Jarosław Obremski**

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

Załącznik do Obwieszczenia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 22 stycznia 2021 r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 519 338 486  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000290469  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 3957523, 713957509  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 577 477 245  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IV POZIOM  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | IV                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-149 / Koszarowa 5                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-09   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4                           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 75/738 00 00; 75/738 02 60; 75/738 00 97                         |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000310338  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |

|   |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|----|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu (1 ambulans) | 1                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4             |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 999/112  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                        |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4             |                        |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 75/738 02 60                                       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4             |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | S  |
| telefon/ telefony                                 | 757 380 070; 798 767 124                           |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | II POZIOM  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4             |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | II |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC / 59-900 / Lubańska 11/12                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | S  |
| telefon/ telefony                                 | 795 569 524  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-22   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLKOWICE / 59-101 / Kardynała Bolesława Kominka 7 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | S  |
| telefon/ telefony                                 | 795 569 524  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-22   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / M. Skłodowskiej-Curie 60          |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | S  |
| telefon/ telefony                                 | 532 541 851  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |

|   |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-24  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Izolatorium Zajazd "ELITE" Restauracja "La BELL"              |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / gen. Augusta Emila Fieldorfa "NILA" 26 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-08  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-08  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica / 58-100 / Armii Krajowej 47                         |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 538 513 424   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *                 |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Środa Śląska / 55-300 / Legnicka 25                           |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 538 514 838   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 *                 |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów / 67-210 / Sportowa 1B                                 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 532 543 766   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 *                 |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica / 59-220 / Okrzei 14A                                 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |
| telefon/ telefony                                 | 532 547 224   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 *                 |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:  | Mobilny Zespół Wymazowy (1)                                   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4                        |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | M |
| telefon/ telefony                                 | 75-738-02-18; 504 507 347                                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-30 (obowiązuje od 2020-11-01)                         |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza - Radeckiego we Wrocławiu            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71-733-11-10  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000289012   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ODDZIAŁ KLINICZNY ZAKAŻNY DLA DZIECI - II POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-368 / Tytusa Chatubińskiego 2-2a   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 71-733-11-10  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213   |                                |   |             |            |                                     |                                    | x                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 733 29 79  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:<br>- NEONATOLOGIA,<br>- POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-368 / Tytusa Chatubińskiego 2-2a   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-11-30  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 885 852 287   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-01  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74/64 89 658 ( Gabinet Chirurgiczny)<br>74/64 89 660 ( Gabinet Internistyczny)<br>74/64 89 959 ( Dyżurka Pielęgniarska)<br>74/64 89 959 ( Sekretariat)<br>74/64 89 659 ( Dyspozytornia) |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 601 768 507   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-30  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 999/112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 231161448   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu (1 ambulans)   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12   | 1                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 571334831                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        | rodzaj realizowanych świadczeń                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 31020 81 lub 71 310 21 16                  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000294295                                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                        | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 713349479; 713349424                          |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **                        | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM                                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                    |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  | transport sanitarny **                        | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM                                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|--|---------------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-05                                   |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |    |
| nazwa:  | Izolatorium Hotel Wlenia                     |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-322 / Gajowicka 130             |                                       |   | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-22 (obowiązuje od 2020-10-21)        |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-19                                   |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony:                                | 76 72-11-000                                 |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| identyfikator REGON                               | 390999441                                    |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |    |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5  |                                       |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 76 72 11 801                                 |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-04-09                                   |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                 |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                       |    |
| telefon/ telefony                                 | 76 72 11 945                                 |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19        |    |
| nazwa:  | I POZIOM                                     |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                   |                                       | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19        |    |
| nazwa:  | II POZIOM                                    |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| telefon/ telefony                                 |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-02                                   |                                       | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny **                | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |    |
| nazwa:  | Izolatorium Hotel Admiral                    |                                       |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Bielańska 37       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-10 (obowiązuje od 2020-11-09) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-15                            |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 32 70 101; infolinia dla pacjentów 45 95 95 454  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000977893   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                         |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 32 70 368  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 661 924 254   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa:  | DaVita sp. z o.o                         |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-202 / Legnicka 48 budynek f |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|-----|
| telefon/ telefony:                                | 609-543-321<br>601-082-146  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| identyfikator REGON                               | 145884498   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |     |
| nazwa:  | Stacja Dializ   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4  |                                | x   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| telefon/ telefony                                 | 609-543-321<br>601-082-146  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-17  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |     |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital dla Nerwowej i Psychiatrycznej w Bolesławcu                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| telefon/ telefony:                                | 571 306 316 lub 571 306 370   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| identyfikator REGON                               | 000294190   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |     |
| nazwa:  | III POZIOM W ZAKRESIE:<br>- PSYCHIATRIA DLA DOROŚLYCH<br>- LECZENIE UZALEŻNIEŃ                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30   |                                | x   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | III |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |     |
| nazwa:  | I<br>POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I   |
| telefon/ telefony                                 |   |                                | x   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |     |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| telefon/ telefony                                 | 571 306 316 ; 571 306 370; 571 306 384- lekarz dyżurny; Centrala +48 75 616 26 48 wew.316,370,384 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | x            |                                  |     |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MIESZKO"<br>Sp. z o.o.                                     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica / 58-100 / Mieszka I 10  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |     |

|   |                                  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|----------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 74 856 87 87                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 891058877                        |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ             |                        |   |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica / 58-100 / Mieszka I 10 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 504 416 016                      |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-413 / Ludwika Hirszfelda 12                                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | • 71 3689672 (telefon do laboratorium)<br>• 513 057 637<br>• 601 977 556 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000290096  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-413 / Ludwika Hirszfelda 12                                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 601 977 556  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-413 / Ludwika Hirszfelda 12                                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | (71) 773 14 04  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 932207142   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu (5 ambulansów)                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | (71) 773 14 04, (71)773 14 05   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | są 3 ambulanse dnia 2020-10-27 dodano 1 ambulans<br>dnia 2020-11-02 dodano 1 ambulans | 5                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Mobilny Zespół Wymazowy (3)   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | M            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-507/Ziębicka 34-38   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 502 700 252   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | od 2020-10-21 - 1 zespół,<br>2020-10-30 dodano do wykazu - 2 zespoły (obowiązuje od 2020-11-01)<br>od 2020-11-16 dodano 1 zespół<br>od 2020-12-01 dodano 1 zespół |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych/58-300/ Chrobrego 39                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 999/112                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 890213577                                     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |                                  |
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Wałbrzychu (1 ambulans) | 1                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych/58-300/ Chrobrego 39                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Legnicy              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica/59-220/Dworcowa 7                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 999/112                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 390760941                                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |                                  |
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Legnicy (1 ambulans) | 1                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin/59-300/Bema 5b                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                      | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-570/Cieplicka 126a   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 999/112                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 001082454                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                      | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |                                  |

|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze (1 ambulans) | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-570/Cieplicka 126a                |   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 261 660 130, 261 660 222, 261 660 696   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 930090240   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 660 130, 261 660 222, 261 660 696   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| zakres:   | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:<br>1. CHOROBY WEWNĘTRZNE,<br>2. KARDIOLOGIA,<br>3. CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ,<br>4. UROLOGIA,<br>5. CHIRURGIA OGÓLNA,<br>6. ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU,<br>7. NEUROCHIRURGIA,<br>8. NEUROLOGIA,<br>9. NEUROLOGIA - UDARY MÓZGU,<br>10. KARDIOCHIRURGIA,<br>11. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA,<br>12. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II,<br>13. CHIRURGIA NACZYNIOWA,<br>14. PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA,<br>15. INTENSYWNY NADZÓR KARDIOLOGICZNY,<br>16. DIALIZOTERAPIA - DLA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH W WW. ZAKRESACH. |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |

|   |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-13   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  |
| nazwa:  | Izolatorium - 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDROJU |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LADEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8  |                        |   | x           |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-23   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-11   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Olbińska 32  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 79-84-630  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 930856126   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć z Pomocą Doraźną i Ratownictwem Medycznym  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Olbińska 32  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 79-84-630  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Olbińska 32  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 79-84-660  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Olbińska 32  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Olbińska 32  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Data wykreślenia z wykazu                         |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:<br>- CHIRURGIA OGÓLNA,<br>- ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-23  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 306 44 19  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 006320384   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 306 43 04  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 306 41 77  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-01  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                | v   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |





|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|----|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-10-22  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH Ząbkowice/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-23  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH Ząbkowice/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | II |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-13  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-09  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROŃ SERCA MEDINET NZOZ  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| telefon/ telefony:                                | do godz. 15 71 32 09 450  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| identyfikator REGON                               | 390775606   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |    |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |                                  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 71 32 09 438  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A                                    |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A                                    |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | II |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Bogatyni           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 75 7739321 -od poniedziałku do piątku w godzinach od 7-15           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 230021923   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 77 39 324  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Szpitalna 16                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 500 451 697   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-08  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-05 (obowiązuje od 2020-11-06)                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 81 11 577  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |



|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
| identyfikator REGON                               | 000312604   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 74 8111577<br>607 798 559   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | II |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-30  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |
| nazwa:  | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (1 ambulans)      | 1                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 999/112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-10  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z o.o. |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | 74 831 33 33; 74 831 51 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 020680960   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 74 834 41 10<br>74 834 41 12  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 74 834 41 82  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1                                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1                                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 837 32 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000308784   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15                            |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 837 33 68  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 76 837 33 48  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| nazwa:  | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej                         |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego<br>6                        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | 75 753 72 01  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 000293640   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |    |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego<br>6                        |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 75 753 7118; 75 753 7119; 75753 7115  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego<br>6                        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |    |
| telefon/ telefony                                 | 75 75 37 409  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego<br>6                        |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego<br>6                        |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | 75 74 49 036  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 231180960   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |    |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |    |

|   |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| telefon/ telefony                                 | 757449273  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | I POZIOM   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10  |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |    |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 797906783, 757449233   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | czynny w godzinach 8:00-13:00  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-09-22   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | II POZIOM  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10  |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |    |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY (1 ambulans) | 1                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 999/112  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-10   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | w godz. od 7:15 do 14:50 - nr telefonu kontaktowego 75 645 97 10 od poniedziałku do piątku, w godz. od 14:50 do 7:15 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni świąteczne - nr telefonu kontaktowego 76 645 96 00 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 231139207   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |

|   |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----------------------------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 756459686                                   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM                                    |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM                                   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-05 (obowiązuje od 2020-11-06)       |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-31                                  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |                                  |

|   |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                    | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 865 12 00                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000316418                          |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                    | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a    |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 856 12 38, kom. 609716189       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                    | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Ruda / 57-400 / Szpitalna 8   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 872 40 04 wew.15                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                    | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | S                                |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 697 773 340                        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-05-13                         |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 641 57 15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 231189560   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjść  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 641 57 12  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-02 (obowiązuje od 2020-10-28)   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|----|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| telefon/ telefony:                                | 75 721 39 20 wew. 300  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| identyfikator REGON                               | 231190020  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |  |
| telefon/ telefony                                 | 75 721 39 20 wew. 300  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | S  |  |
| telefon/ telefony                                 | 757 253 166  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |  |
| nazwa:  | I POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | I  |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |  |
| nazwa:  | II POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | II |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |  |
| nazwa:  | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| telefon/ telefony:                                | 76 84 01 500   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| identyfikator REGON                               | 021537784  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6                              |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |  |
| telefon/ telefony                                 | 768401578  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |  |



|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | I POZIOM                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6       |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6       |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27                                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 782 01 04                                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| identyfikator REGON                               | 020832110                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Kościelna 21       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 782 01 30 ; 75 782 01 42                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  | S                                |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 75 782 01 68                                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15                                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 797-307-841                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 021370427   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797-307-820                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797 307 822                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izolatorium Milickie Centrum Medyczne Sp. z o. o. |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-08  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-22  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1                      |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | POWIATOWY ZESPÓŁ SZPITALI                         |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 77 67 300; 71 77 67 412                        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 932966540   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
|---|---|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć                                      |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 77-67-302                                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 7767300<br>71 7767412                          |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1              | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1              | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       | rodzaj realizowanych świadczeń                    |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 071/301 13 00                                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000306816   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                       |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 3011347; 71 3011335                            |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **                            | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Data wykreślenia z wykazu                         |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | II POZIOM                                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-04 (obowiązuje od 2020-11-05)    |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | "Strzebińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7.30 do 15.05 - 661 445 659                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 020608708   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjść  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 32 64 842  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-06  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 661 445 659   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-10-14  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-04  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-20  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-04  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa:                                      | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7.00 do 14.35 - 74 851 74 00; 74 851 71 00 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 000311674   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 74 851 71 96  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                           |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                           |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | II |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością          |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | 74 64 19 119; 74 64 19 290                                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 891508607   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |                                  |    |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 746419301   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |    |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7       |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-11-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | II POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7                                |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-18 ( obowiązuje od dnia 16.11.2020 )                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 312 09 20   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000308761  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 312 09 20 wew. 118  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 694 218 267  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-01   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-13   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
|---|--|---|--|------------------------|--|---|--|-------------|--|------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------|--|----------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10  |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 74 88 77 100-101                                |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 890047179                                       |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |   |  | transport sanitarny ** |  | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 |  | izolatorium |  | teleporada |  | doraźne świadczenia stomatologiczne |  | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  | punkt pobrań |  |                                  |  |
| nazwa:  |  | Izba Przyjęć                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10  |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  | X                                   |  |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 74 88 77 165                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  |   |  | transport sanitarny ** |  | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 |  | izolatorium |  | teleporada |  | doraźne świadczenia stomatologiczne |  | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  | punkt pobrań |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  | I POZIOM  |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10  |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  | I                                |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-09-15                                      |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26         |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 71 380 58 01                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 020749596                                       |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |   |  | transport sanitarny ** |  | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 |  | izolatorium |  | teleporada |  | doraźne świadczenia stomatologiczne |  | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  | punkt pobrań |  |                                  |  |
| nazwa:  |  | Izba Przyjęć                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26         |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 071 380 58 02                                   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  |   |  | transport sanitarny ** |  | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 |  | izolatorium |  | teleporada |  | doraźne świadczenia stomatologiczne |  | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  | punkt pobrań |  |                                  |  |
| nazwa:  |  | Izba Przyjęć                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Brzeg Dolny / 56-120 / Aleje Jerozolimskie 26   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 071 380 53 23 , 607 727 363                     |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  |   |  | transport sanitarny ** |  | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 |  | izolatorium |  | teleporada |  | doraźne świadczenia stomatologiczne |  | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  | punkt pobrań |  |                                  |  |
| nazwa:  |  | Punkt Pobrań                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26         |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  | S                                |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 71 31 99 919                                    |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |                        |  |   |  |             |  |            |  |                                     |  |                                    |  |                                     |  |              |  |                                  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26                                     |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26                                     |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-20  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. A. WOLAŃCZYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | do godziny 15.30- 76 87 79 574  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 360936346   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 768779635   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | I POZIOM  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 87 79 635  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-24  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | II POZIOM   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|
| nazwa:  | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7-15- 75 845 82 40                              |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 890314440  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |  |  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                        |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rościszów / 58-250 / 11  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 74 836-97-11 wew. 31   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | I POZIOM   |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |

|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH w LUBIĄŻU |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 713 897 113  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000294800  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 3897113 wew. 204  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 71 776 62 12  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 021184819   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 776 62 40; 519 617 500   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | I POZIOM   |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-03   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy                                     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 606 127 173  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 001016173  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do godziny 13 -76 877 93 34; po godzinie 13 do lekarza dyżurującego 76 87 793 21 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | "DENTAL SALON" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-130 / Horbaczewskiego 53A                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 518 739 502  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 21223011   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | DENTAL SALON Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                |   |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-130 / Horbaczewskiego 53A                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 518 739 502  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z. O.O.   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-300 / Bolesława Chrobrego 2 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 664 30 87                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 21322339                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Krzysztof" SP. Z. O.O.   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | II POZIOM   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60 |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Stomatologiczna "DORODENT" S.C.<br>Dorota Jagiełło i Anna Hutnik-Rzeźnicka |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów/ 67-200/Wojska Polskiego 9   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 76 835-82-66; 604 591 627   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 391077235   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Przychodnia Stomatologiczna "DORODENT" S.C.   |                                |   |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów/ 67-200/Wojska Polskiego 9   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 835-82-66; 604 591 627   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA OGÓLNA Tsarakhov Oleg       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 608101521/757341441                     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 231068714                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA OGÓLNA Tsarakhov Oleg       |                                |   |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. Karola Miarki 10 59-700 Bolesławiec |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 608101521                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WSCHOWA / 67-400 / ks. Kostki 33                                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 320 233 950  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA / 56-200 / Szkolna 2  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 504 897 632  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | 5            |                                  |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| Data dodania do wykazu    | 2020-09-23 |
| Data wykreślenia z wykazu |            |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ALAB LABORATORIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA / 00-739 / Stepińska 22/33                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 008105218  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-148 / Biskupia 8a                           |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 307 95 38   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-381 / Nauczycielska 2                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 713 210 372  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-19   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-17   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW / 31-864 / prof. Michała Życzkowskiego 16                             |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 356366975  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-507 / Ziębicka 34-38 (teren Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu) |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663-687-659  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Punkt Pobrań   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Mickiewiczza 20  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 500 868 966  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-16   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKOWICE ŚLAŚKIE / 57-200 / ul. Krzywa 12 PLANTY ZAMKOWE                 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 500-871-243   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-19  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Punkt Pobrań  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW/ 51-612 / Aleja Ignacego Jana Paderewskiego 35 Stadion Olimpijski |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 693-941-037   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-29  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-21  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Fresenius Nephrocare Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań/ 60-118/ Krzywa 13   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 61 839-26-58  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 634254014   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Ośrodek Dializ nr 57 we Wrocławiu                                   |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 51-149/ Koszarowa 5  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 885-888-962   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-19  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-17  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Uzdrowisko Cieplice Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością GRUPA PGU |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / ks. Piotra Ściegiennego 9"b"                  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 502 656 139   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 230827744   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie Lalka   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / Park Zdrojowy 2                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-04  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-11-19  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Uzdrowisko Łądek-Długopole Spółka Akcyjna    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Wolności 4            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 814 63 85, 660 679 544                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288283                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie "Jan"                |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Paderewskiego 7       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-04                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-15                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Uzdrowisko Szczawno-Jedlina Spółka Akcyjna   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Wojska Polskiego 6 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 84 93 148, 572 729 847                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288308                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie "Pionier"            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Potockiego 4       |                                |   | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-04                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Uzdrowiska Kłodzkie Spółka Akcyjna GRUPA PGU |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Zdrojowa 39        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 887 846 180, 887 846 181                     |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288337                                    |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Szpital Uzdrowskiowy Nr 1 Pawilon KORAB      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 5        |                                |   | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-13 (obowiązuje od 2020-11-06)        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-11                                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie SZAROTKA             |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój / 57-320 / Kryniczna 1        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-13 (obowiązuje od 2020-11-06)        |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                           |            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data wykreślenia z wykazu | 2020-12-16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | TRIAGE Sp. z o. o.  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-033 / Zwycięska 35/20  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 535 211 112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 363345829   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | TRIAGE Sp. z o. o. (2 ambulanse)  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-110 / Grabiszyńska 35 / 2 piętro sale 207, 208, 206, 204 (Przychodnia MSWiA) | 2                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-10  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Falck Medycyna Sp. z o. o.              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA / 01-102 / Jana Olbrachta 94   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 77 403 00 46                            |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015755741                               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Falck Medycyna Sp. z o. o. (1 ambulans) |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-128 / Poświęcka 8          | 1                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112                                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-12                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31                              |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o. o.               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Trzebnicka 35                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 781 027 474                                      |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 368234419  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Centrum Medyczne ERMED Sp. z o. o. (2 ambulanse) |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-156 / Stargardzka 8a                | 2                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-12                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31                                       |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71       |                                | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa:  | VRATISLAVIA MEDICA Sp. z o. o. |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-134 / Lekarska 1  |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |
| telefon/ telefony:                                |                                |                                |  |  |  |  |  |  |  |                                  |

|   |                               |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
|---|-------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|
| identyfikator REGON                               | 021393776                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                               | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | II POZIOM                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-134 / Lekarska 1 |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |                               |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-12                    |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-11-19                    |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | NZOZ Sal-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o. o.               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG DOLNY / 56-120 / Aleje Jerozolimskie 28/301                   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                | 535 031 031   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 021892717   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |                                  |  |
| nazwa:  | NZOZ Sal-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o. o. (2 ambulanse) |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Starojaworska 29b                                  | 2                              |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-16  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31  |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |

|   |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73       | SZPITAL TYMCZASOWY                                    | rodzaj realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokolowskiego |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WALBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokolowskiego 4          |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 890047446   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **         | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |                                  |  |
| nazwa:  | II POZIOM - Oddział chorób wewnętrznych               |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WALBRZYCH / 58-300 / Stefana Batorego 4               |                                | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01)                 |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                  |  |

22.01.2021

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendecki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj realizowanych świadczeń                                 |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X  |

|  |   |
|--|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO     | X |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendecki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/

**Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu  
diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj realizowanych świadczeń                                 |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | <b>X</b>   |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | <b>X</b>   |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | <b>X</b>   |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendeki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/

**Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj realizowanych świadczeń                                 |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | <b>X</b>   |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | <b>X</b>   |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | <b>X</b>   |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendecki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/



**Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--|---|
|  | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X   |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendecki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital im. dra Alfresa Sokołowskiego w Wałbrzychu         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-309 / Sokołowskiego 4                                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 74/ 64 89 806  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 890047446  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital im. dra Alfresa Sokołowskiego w Wałbrzychu         | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-309 / Sokołowskiego 4                                       |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital im. dra A. Sokołowskiego   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-300, Alfreda Sokołowskiego 4                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 746489600  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - Szpital im. dra A. Sokołowskiego                      |                         | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, Piotra Wysockiego 29                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 885 454 605  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-15   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 50-556 / Borowska 213  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71-733-11-10   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000289012  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 50-556 / Borowska 213  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu |                         |                             |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 50-369 / Marii Curie-Skłodowskiej 50/52   | <b>W</b>                       |                                    |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej  | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelin 57-100, Wrocławska 46  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 71 326 48 45  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-01  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-556, Borowska 213  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717331600   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelin 57-100, Wrocławska 46  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 71 326 48 45  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu |                                | <b>5</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-556, Borowska 213  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 885 853 127   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-15  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 50-369 / Marii Curie-Skłodowskiej 50/52   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 885 853 127   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-15  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica / 59-220 / Iwaskiewicza 5            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 76 72-11-000                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 390999441                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica / 59-220 / Iwaskiewicza 5            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |                                    |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23                                |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnie                                  |                                 | <b>10</b>                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, Jarosława Iwaszkiewicza 5 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 767211628                                 |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 51-149 / Koszarowa 5                                       |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 519 338 486  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 000290469  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 51-149 / Koszarowa 5                                       |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  |                                 |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.J.GROMKOWSKIEGO                |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-149, Koszarowa 5  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 71 3957629   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-506 / Ogińskiego 6                  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 75 753 72 01  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 001082454   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-506 / Ogińskiego 6                  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-23  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                 |  |
| nazwa:  | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-506, Ogińskiego 6                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 757537335   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |  |                               |                                 |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|

|   |                                      |                                 |  |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Powiatowy Zespół Szpitali            |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica / 56-400 / Armii Krajowej 1 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 71 77 67 300; 71 77 67 412           |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 932966540                            |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                      | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Powiatowy Zespół Szpitali            | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica / 56-400 / Armii Krajowej 1 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |                                      |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                           |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu     |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 71 32 70 101; infolinia dla pacjentów 45 95 95 454  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 000977893   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu     | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCLAWIU     |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-124, Kamieńskiego 73a                    |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 724 673 767   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 71 306 44 19  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 006320384   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T.MARCINIAKA-CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-049, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                               |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713064419  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2                        |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 37 74 100 oraz wew. do sekretariatu 101.            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 931082610  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.A.FALKIEWICZA WE WROCLAWIU  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-114, Warszawska 2                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 505940978  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 071/301 13 00                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000306816   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE                 | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZOZ Oława   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 71 301 13 92                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55          |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 312 09 20                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000308761                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL IM. ŚW. JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL IM.ŚW.JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY   |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica 55-100, Prusicka 53-55             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713120920                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 261 660 130, 261 660 222, 261 660 696  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930090240  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WROCŁAWIU | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-981, Rudolfa Weigla 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 261660555  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
|   |  |                       |                         |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Ołbińska 32  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 71 79-84-630  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 930856126   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-233 / Ołbińska 32  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-500 / Nowowiejska 43  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia MSWiA we Wrocławiu  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-501, Grabiszyńska 35-39  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717984705; 717984740; 882132915   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia MSWiA w Jeleniej Górze  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Nowowiejska 43   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757520210   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA MEDINET NZOZ    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCŁAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | do godz. 15 71 32 09 450                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 390775606  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA MEDINET NZOZ    | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCŁAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca "MEDINET" - Szpital Wrocław |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-124, Kamińskiego 73A                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 713209450   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "Strzebińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | w godzinach od 7.30 do 15.05 - 661 445 659                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 020608708   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | "Strzebińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2020-12-31  |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 71 380 58 01                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 020749596                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Izba przyjęć                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzeg Dolny 56-120, Aleje Jerozolimskie 26      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 71-319-99-07                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w Wołowie  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wołów 56-100, ul. Piłsudskiego 34               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 71-319-99-07                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-14                                      |                                |                                    |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                      | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1         |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 797-307-841                          |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 021370427                            |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILICZ / 56-300 / Grzybowa 1         |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                           |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Szczepień                    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, Grzybowa 1            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 797307815                            |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Specjalistyczne Centrum Medyczne im.<br>Św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II<br>2                              |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 86 21 162   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 020493961  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Specjalistyczne Centrum Medyczne im.<br>Św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II<br>2                              |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana<br>Okrzei 49                      |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 81 11 577   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000312604  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana<br>Okrzei 49                      |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | BYSTRZYCKIE CENTRUM ZDROWIA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystrzyca Kłodzka 57-500, Okrzei 49                                       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748111577   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 865 12 00                        |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000316418                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU  | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Szpital w Kłodzku                   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Wojska Polskiego 16 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748672618                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                              |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7.00 do 14.35 - 74 851 74<br>00; 74 851 71 00 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000311674  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29                              |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-<br>Położniczy im. E. Biernackiego w<br>Wałbrzychu |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego<br>Paderewskiego 10   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 88 77 100-101  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 890047179   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-<br>Położniczy im. E. Biernackiego w<br>Wałbrzychu | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego<br>Paderewskiego 10   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | MIKULICZ Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością    |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii<br>Skłodowskiej-Curie 3-7 |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 64 19 119; 74 64 19 290                             |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 891508607  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MIKULICZ Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością    | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii<br>Skłodowskiej-Curie 3-7 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MIKULICZ Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzi 58-160, M. Skłodowskiej-<br>Curie 3-7     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746419292   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA<br>AKCYJNA |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 54-144 / Pilczycka 144/148    |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 661 300 321, 600 080 811                |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 933040945                               |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA<br>AKCYJNA | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 54-144 / Pilczycka 144/148    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL ŚW. ANTONIEGO W<br>ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH      | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie/ 57-200 / Bolesława<br>Chrobrego 5 |                         |                                |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-144, Pilczycka 144-148                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717117400  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |
| nazwa:  | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA-PRZYCHODNIA PRZY UL.ŁOWIECKIEJ  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-220, łowiecka 24  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717117400  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |
| nazwa:  | EMC PRZYCHODNIE ul. Zatorska 55a                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-215, Zatorska 55  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717117400  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                    |
| nazwa:  | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA-PRZYCHODNIA 1 PRZY DASZYŃSKIEGO |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, Daszyńskiego 2a                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717117400  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżonowie Spółka z o.o. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 74 831 33 33; 74 831 51 11   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 020680960  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżonowie Spółka z o.o. | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |

|   |   |                                    |  |
|---|---|------------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki<br>15                               |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                | 76 837 32 11  |                                    |  |
| identyfikator REGON                               | 000308784   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczerzenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki<br>15                               |                                    |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   |                                    |  |
| nazwa:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna   |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Kościuszki 15a   |                                    |  |
| telefon/ telefony                                 | 768320301   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                    |  |

|  |   |                                    |  |
|--|---|------------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |   | <b>szczerzenie<br/>personelu</b>   | <b>szczerzenie<br/>populacyjne</b>     |
| nazwa:   | MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W<br>LUBINIE       |                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej -<br>Curie 66 |                                    |  |
| telefon/ telefony:                                 | 76/8460-300, 76/8460-110                          |                                    |  |
| identyfikator REGON                                | 390360673   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                                    |  |
| nazwa:   | MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W<br>LUBINIE       | <b>W</b>                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej -<br>Curie 66 |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                                    |  |
| nazwa:   | Miedziowe Centrum Zdrowia SA                      |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LEGNICA 59-220, STEFANA OKRZEI 14A                |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 767231530   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczerzenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Miedziowe Centrum Zdrowia SA                      |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIN 59-301, MARIII SKŁODOWSKIEJ-<br>CURIE 74    |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 767231530   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>szczerzenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Miedziowe Centrum Zdrowia SA                      |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GŁOGÓW 67-200, SPORTOWA 1b                        |                                    |  |
| telefon/ telefony                                  | 767231530   |                                    |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                    |  |

|   |                              |                                 |                                    |
|---|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                              | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miedziowe Centrum Zdrowia SA |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBOCICE 59-150, ZIELONA 3A |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 768315020                    |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                                 |                                    |

|  |                                       |                                 |                                    |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                       | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b>    |
| nazwa:   | Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. |                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3          |                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 76 870 31 14 wew. 1; 76 870 21 65     |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 020303831                             |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                       | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. | <b>W</b>                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3          |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  |                                       |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                            |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                       |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                       | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień                       |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jawor 59-400, Szpitalna 3             |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 768703011                             |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                            |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                       |                                 |                                    |

|  |  |                                 |                                    |
|--|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |  | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b>    |
| nazwa:   | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6                              |                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 76 84 01 500   |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 021537784  |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>W</b>                        |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6                              |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | REGIONALNE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubin 59-300, Gen.Józefa Bema 5-6                                  |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 788743095  |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM.A.WOLAŃCZYKA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | do godziny 15.30- 76 87 79 574  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 360936346   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM.A.WOLAŃCZYKA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ w Bogatyni |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona<br>Wyczółkowskiego 15             |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 7739321 -od poniedziałku do piątku w<br>godzinach od 7-15 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230021923  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ w Bogatyni | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona<br>Wyczółkowskiego 15             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogatynia 59-920, Fabryczna 1                                |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757739329  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu    |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75/738 00 00; 75/738 02 60; 75/738 00 97 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000310338                                |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu    | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4   |                         |                                |



|   |                                       |                                |                                    |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 |                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Jeleniogórska 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757380000                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 |  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 231161448  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA LEKARZA POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZAWIDÓW 59-970, SKŁODOWSKIEJ-CURIE 6   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571334628  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu-Poradnia lekarza POZ |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZGORZELEC 59-900, BRONIEWSKIEGO 27   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571 334 723  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OLSZYNA 59-830, WOLNOŚCI 21  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571334833  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZGORZELEC 59-900, REYMONTA 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 571334661  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENIAWKA 59-921, ROLNICZA 25      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 756494706                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, LUBAŃSKA 11-12   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 571334931                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWONA WODA 59-940, 5 GRUDNIA 4  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 571334641                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WLEŃ 59-610, OGRODOWA 8            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757136365                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet poz                        |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYFÓW ŚLĄSKI 59-620, MALOWNICZA 1 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 756409900                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ               |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, WARSZAWSKA 30    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 571334651                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75 641 57 15   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 231189560  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |

|   |                                  |                                 |  |
|---|----------------------------------|---------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kowary 58-530, Jeleniogórska 14d |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 532089551                        |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                       |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 75 721 39 20 wew. 300   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 231190020   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>W</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy   |                                 | <b>3</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubań 59-800, Zawidowska 4  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 757213902   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |

|  |  |                               |                                 |
|--|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:   | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1  |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | w godz. od 7:15 do 14:50 - nr telefonu kontaktowego 75 645 97 10 od poniedziałku do piątku,<br>w godz. od 14:50 do 7:15 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni świąteczne - nr telefonu kontaktowego 76 645 96 00 |                               |                                 |
| identyfikator REGON                                | 231139207  |                               |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1                                |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej                            |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienna Góra 58-400, Korczaka 1   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756459600  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 74 49 036  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 231180960   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.        |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 782 01 04                                |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 020832110                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.        | <b>W</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                             |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lwówek Śląski 59-600, Gustawa Morcinka 7    |                         |                                |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 757820194  |                                | ⬇                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDROJU |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 |  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 890053731  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDROJU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Orla 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDROJU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Jadwigi 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Oddział Sanatoryjny 1  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łądek-Zdrój 57-540, Jadwigi 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 501953746  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Oddział Rehabilitacji  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łądek-Zdrój 57-540, Orla 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 501957692  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | CENTRUM POD WEZWANIEM ŚWIĘTEJ JADWIGI ŚLĄSKIEJ PROWADZĄCE ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY DLA DOROSŁYCH |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Trzebnica/ 55-100/ ul. ks. Dziekana Wawrzyńca Bochenka 30   |                              |                                |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                |  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 022275270  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM POD WEZWANIEM ŚWIĘTEJ<br>JADWIGI ŚLĄSKIEJ PROWADZĄCE ZAKŁAD<br>OPIEKUŃCZO - LECZNICZY DLA<br>DOROSŁYCH | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica/ 55-100/ ul. ks. Dziekana<br>Wawrzyńca Bochenka 30   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubin/59-300/ ul. Marii Skłodowskiej-<br>Curie 70     |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 |   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 022416410   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                                 |  |
| nazwa:   | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubin/59-300/ ul. Marii Skłodowskiej-<br>Curie 70     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rudna /59-305/ ul.Polna 3                             |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chobienia/59-305/ ul.Parkowa 1                        |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień                                       |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rudna 59-305, Polna 3                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 608532599   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień                                       |                                 |  |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, Marii Skłodowskiej-Curie 70 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 608532599                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chobienia 59-337, Parkowa 1               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 608532599                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 71 31020 81 lub 71 310 21 16                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000294295                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Regionalna Przychodnia Specjalistyczna        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław 53-439, Grabiszyńska 105              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 573 953 509                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCLAWIU |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/53-413/pl. Hirszfelda 12            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | (071)368 92 69                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000290096                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCLAWIU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/53-413/pl. Hirszfelda 12            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/53-439/Grabiszyńska 105  |                              |                                |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | +48 71 783 13 73   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 932717392  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/53-439/Grabiszyńska 105  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|  |   |                              |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18                                |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 | (071)776 62 12  |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 021184819   |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                              |                                |
| nazwa:   | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18                                |                              |                                |
| telefon/ telefony                                  |   |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | IZERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII IZER-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szklarska Poręba/58-580/Sanatoryjna 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | (071)776 62 12   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 231035778  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                                |                                    |
| nazwa:   | IZERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII IZER-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szklarska Poręba/58-580/Sanatoryjna 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia POZ  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szklarska Poręba 58-580, Szpitalna 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 757172155  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |



| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ W STRONIU ŚLĄSKIM  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stronie Śląskie 57-550, ul. Sudecka 3A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 74 81 41 488   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000294987  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ W STRONIU ŚLĄSKIM  | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stronie Śląskie 57-550, Sudecka 3A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stronie Śląskie 57-550, Sudecka 3A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 748141488  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | OŚRODEK BADAWCZO - NAUKOWO - DYDAKTYCZNY CHOROÓB OTĘPIENNYCH IM. KSIĘDZA HENRYKA KARDYNAŁA GULBINOWICZA - OŚRODEK ALZHEIMEROWSKI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ścinawa/59-330/ ul. Jana Pawła II 12   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | (076)849 16 65   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 020559720  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | OŚRODEK BADAWCZO - NAUKOWO - DYDAKTYCZNY CHOROÓB OTĘPIENNYCH IM. KSIĘDZA HENRYKA KARDYNAŁA GULBINOWICZA - OŚRODEK ALZHEIMEROWSKI | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ścinawa/59-330/ ul. Jana Pawła II 12   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | OŚRODEK MEDYCyny PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 55-100/ Będkowo 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | (071)387 29 15   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 360565476  |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | OŚRODEK MEDYCyny PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 55-100/ Będkowo 1   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | OŚRODEK ŚWIĘTEGO JERZEGO WE WROCŁAWIU PROWADZĄCY ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 50-249/ul. Ludwika Rydygiera 22-28                                  |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 71 393 08 29 w. 46   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 022276067  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | OŚRODEK ŚWIĘTEGO JERZEGO WE WROCŁAWIU PROWADZĄCY ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 50-249/ul. Ludwika Rydygiera 22-28                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec /59-730/ ul. Adama Asnyka 55                    |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 75 731 61 99   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 230405204  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec /59-730/ ul. Adama Asnyka 55                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Gminna Nowogrodźcu |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec 59-730, Asnyka 55 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 518902735                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Zebrzydowej |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zebrzydowa 59-730, Zebrzydowa 130     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757363385                             |                         |                             |

|                           |            |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | w godzinach od 7-15- 75 845 82 40                              |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 890314440  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieszycze/58-250/Rościszów 11                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SP ZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE "BRISTOL"MSWIA W KUDOWIE-ZDROJU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa Zdrój/57-350/Okrzei 1                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                |  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 89045062   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SP ZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE "BRISTOL"MSWIA W KUDOWIE-ZDROJU | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa Zdrój/57-350/Okrzei 1                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY MINISTERSTWA SPRAW WNEŹTRZNYCH I ADMINISTRACJI W JELENIEJ GÓRZE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Cieplicka 69-71  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75 64 35 700   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 230173142  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY MINISTERSTWA SPRAW WNEŹTRZNYCH I ADMINISTRACJI W JELENIEJ GÓRZE | P                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Cieplicka 69-71  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                             |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Cieplickie Centrum Specjalistyki<br>Ambulatoryjnej w Jeleniej Górze |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, Cieplicka 69-71                                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 756435700   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Cieplickie Centrum Leczenia Szpitalnego                             |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, Cieplicka 69-71                                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 756435700   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14  |                                 |  |

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD<br>PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/51-317/Bierutowska 63  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 71 345 64 20   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 000639452  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD<br>PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/51-317/Bierutowska 63  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ (dla dorosłych)   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław 51-317, Bierutowska 63   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 71 345-64-20   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI<br>LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jelenia Góra/58-500/Żeromskiego 2   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 75/ 643-45-92   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 022029624   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI<br>LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jelenia Góra/58-500/Żeromskiego 2   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28  |                                 |  |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica/59-220/Poselska 14-16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Uzdrowiska Kłodzkie Spółka Akcyjna GRUPA PGU   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polanica-Zdrój / 57-320 / Zdrojowa 39          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 887 846 180, 887 846 181                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 000288337                                      |                                |                                    |
|  |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polanica Zdrój/57-320/Parkowa 4                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kudowa Zdrój/57-350/Moniuszki 1                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Duszniki Zdrój/57-340/Zielona 23               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Uzdrowskowa                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Polanica Zdrój 57-320, Parkowa 4               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 748680296                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Uzdrowskowa                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Duszniki Zdrój 57-340, Zielona 23              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 748667883                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Szpital Uzdrowski Nr I Pawilon "Zameczek"      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kudowa Zdrój 57-350, Moniuszki 1               |                                |                                    |

|                           |            |  |   |
|---------------------------|------------|--|---|
| telefon/ telefony         | 748680439  |  | ↓ |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | UZDROWISKO CIEPLICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GRUPA PGU |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Leśnicza 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 755 10 04  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230827744   |                         |                                |
|   |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | UZDROWISKO CIEPLICE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - GRUPA PGU | P                       |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Leśnicza 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia uzdrowiskowa   |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, Leśnicza 4   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757551005   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59       |                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | UZDROWISKO ŁĄDEK-DŁUGOPOLE S.A. |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek Zdrój/57-540/ Wolności 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | (074)814 62 27                  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000288283                       |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | UZDROWISKO ŁĄDEK-DŁUGOPOLE S.A. | P                       |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek Zdrój/57-540/ Wolności 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | UZDROWISKO SZCZAWNO - JEDLINA                            |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój/58-310/Kolejowa 14                        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | (074)843 51 50   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 000288308  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | UZDROWISKO SZCZAWNO - JEDLINA                            | P                       |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój/58-310/Kolejowa 14                        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Uzdrowiskowy "Dom Zdrojowy" w Szczawnie - Zdroju |                         |                                |

|   |                                   |          |
|---|-----------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczwno-Zdrój 58-310, Kolejowa 14 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 748493130                         |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                        |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNIAWA<br>SPÓŁKA Z O.O. - GRUPA PGU |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świeradów-Zdrój/59-850/Piłsudska 33                           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | (075)782 06 61  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 0230829737  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNIAWA<br>SPÓŁKA Z O.O. - GRUPA PGU | <b>P</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świeradów-Zdrój/59-850/Piłsudska 33                           |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
|   |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świeradów-Zdrój 59-850, Marszałka<br>Józefa Piłsudskiego 33   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 797502235   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/51-134/Lekarska 1                                     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | (071)387 69 01  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 021393776   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>P</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/51-134/Lekarska 1                                     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 |   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | VRATISLAVIA MEDICA Gabinet<br>diagnostyczno-zabiegowy         |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-134, Lekarska 1                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713876600   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 571 306 316 lub 571 306 370                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 000294190   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W LUBIĄŻU | <b>P</b>                     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1                              |                              |                                |
| telefon/ telefony:                                 |  |                              |                                |
| identyfikator REGON                                | 000294800  |                              |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                              |                                |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W LUBIĄŻU | <b>P</b>                     |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1                              |                              |                                |
| telefon/ telefony                                  |  |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28   |                              |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                              |                                |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 606 127 173                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 001016173                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  |                                |                                    |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  |  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Złotorzyja 59-500, Szpitalna 9               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 768779300                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-01-14                                   |                                |                                    |

|  |  |                              |                                |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|



|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY<br>ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów/58-200/Słowiańska 3                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 321 44 01  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 040000380   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY<br>ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY | <b>P</b>                        |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów/58-200/Słowiańska 3                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|  |  |                                 |  |
|--|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | MEDVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lwówek Śląski 59-600, ul. Romualda<br>Traugutta 1  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 756477741  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 231063906  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne MEDVITA                           |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lwówek Śląski 59-600, Romualda<br>Traugutta 1      |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 756477741  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "MEDYK"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świdnica 58-100, ul. Gdyńska 25A  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 74 852 72 29  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 890724585   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "MEDYK"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świdnica 58-100, Gdyńska 25a  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 0748527463  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |

|  |   |                               |                                 |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE-BIAŁY<br>KAMIEŃ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wałbrzych 58-304, ul. Piotra Wysockiego<br>24-24A   |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                 | 74 843 40 58  |                               |                                 |
| identyfikator REGON                                | 891058883   |                               |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE - BIAŁY<br>KAMIEŃ" SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W<br>WAŁBRZYCHU |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH 58-304, WYSOCKIEGO<br>24,24A  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748429101   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>PIOTROWICACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-424 Piotrowice 113                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76 870-88-78                             |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390740341                                |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>PIOTROWICACH |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIOTROWICE 59-424, 113                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768708878                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Piotrowicach    |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Męcinka 59-424, 85                       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768708678                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | LEKARZE NA SZWEDZKIEJ SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-401, ul. Szwedzka 1b                                  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71357 92 71  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930912385  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 54-401, Szwedzka 1B                                      |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713579271  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72       |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Wrocławskie Centrum Zdrowia<br>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-208, ul. Podróżnicza 26/28  |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 71 363 12 23   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 313331   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Kozanów  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-142, Dokerska 9   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 369 90 40   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Stabłowice   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-062, Stabłowicka 125  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 369 90 41   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Grabiszyn  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-433, Stalowa 50   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 369 90 20   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Stare Miasto   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-159, Plac Dominikański 6                                      |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 369 90 43   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób<br>Zakaźnych i Terapii Uzależnień |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-136, Wszystkich Świętych 2                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 369 90 47   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Agata Wrońska- Kocąb                   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Floriana Szarego 4 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 867 66 66                         |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890132382                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                        |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Floriana Szarego 4     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748676666                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74       |                                    | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Maria Einhorn                      |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Floriana Szarego 4 |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 867 66 66                     |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 890457055                          |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gabinet szczepień                  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Floriana Szarego 4 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748676688                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75       |                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Anna Brzostowicz                   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Piękna 1       |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8673082                         |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890420230                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Floriana Szarego 4 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748676677                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "Nowe Miasto" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-302, ul. 11 Listopada 116                |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 665 948 788   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891059500   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Nowe Miasto   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH 58-302, 11 LISTOPADA 116                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 665948788   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Ewa Stocka - Błazejewska                       |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Śródmieście 51-675, ul. Partyzantów 72 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 531 081 486                                    |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931904264                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet szczepień                              |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-675, PARTYZANTÓW 72                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713728029                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78       |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | "FAMILIA" S.C. ALLY NOSIRU DANESI,<br>OLGA MAZUREK |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieńsk 59-930, ul. Hutnicza 29                     |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 757786344  |                       |                         |

|   |  |                                 |                                    |
|---|--|---------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 230919280  |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FAMILIA" s.c. |                                 | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieńsk 59-930, Hutnicza 29                           |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757786344  |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |                                    |

|  |   |                                 |                                    |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |   | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b>    |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żarów 58-130, ul. Armii Krajowej 56   |                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 748580631   |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 891073339   |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻARÓW 58-130, Armii Krajowej 56   |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 748580631   |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |                                    |

|  |   |                                 |                                    |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |   | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b>    |
| nazwa:   | Przychodnia Specjalistyczna Regina i Walenty Śliwa Spółka Jawna |                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wałbrzych 58-306, ul. Uczniowska 21                             |                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 74 648 95 37  |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 890540490   |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Specjalistyczna Filia Podzamcze                     |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wałbrzych 58-316, Grodzka 73                                    |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 729919301   |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08  |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |                                    |

|  |  |                                 |                                    |
|--|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |  | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b>    |
| nazwa:   | Ewa Mazurek prowadzący przedsiębiorstwo lecznicze NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Mazurek |                                 |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bystrzyca Kłodzka 57-500, 1-go Maja 5  |                                 |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 74 / 811 21 30, 500 213 834  |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                                | 890409671  |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Mazurek   |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYSTRZYCA KŁODZKA 57-500, 1 MAJA 5   |                                 |                                    |

|                           |            |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|
| telefon/ telefony         | 748112130  |  |  |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Beata Stecka                                       |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-452, ul. Komuny<br>Paryskiej 73A |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713 429 146  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930771252  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                    |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-452, Komuny Paryskiej 73A               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713429146  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Praktyka Lekarzy Rodzinnych S.C. Mariusz<br>Domański Violetta Domańska |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-072, ul. Eugeniusza Gepperta<br>13                          |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 693016314  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930990451  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarzy Rodzinnych Mariusz<br>Domański, Violetta Domańska     |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-072, Eugeniusza Gepperta 13                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 693016314  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Edyta Niebudek  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystrzyca Kłodzka 57-500, ul. Henryka<br>Sienkiewicza 6 B |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 609023800   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891056967   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Lek. Edyta<br>Niebudek        |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA 57-500,<br>SIENKIEWICZA 8               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746441950   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                      | NZOZ KINESIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                         |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Ignacego Paderewskiego 2 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 748 339 080                                  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 386814670                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ KINESIS                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Paderewskiego 2              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748339080                                    |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|  |                                      |                                |                                    |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MIŁKOWICACH |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miłkowice 59-222, ul. Działkowa 2A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 076 88-71-319                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 390647819                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GOZ Miłkowice                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Miłkowice 59-222, Działkowa 2A       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 768871319                            |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                      |                                |                                    |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodzko 57-300, ul. Janusza Kusocińskiego 3A                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 748673728  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 891064033  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SALUS Centrum Medyczne Oddział Główny                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kłodzko 57-300, Kusocińskiego 3a                               |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 746404444  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SALUS Centrum Medyczne filia w Dusznikach                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Duszniki Zdrój 57-340, Dworcowa 9                              |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 746404444  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Salus Centrum Medyczne Filia w Bożkowie                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bożków 57-441, Bożków 53                                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                  | 746404444  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |                                 |          |
|---|--|---------------------------------|----------|
| nazwa:  | Salus Centrum Medyczne Filia w Nowej Rudzie          |                                 |          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Ruda 57-400, ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 2   |                                 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 746404444  |                                 |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> |          |
| nazwa:  | Salus Centrum Medyczne filia w Ząbkowicach Śląskich  |                                 | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Powstańców Warszawy 8w |                                 |          |
| telefon/ telefony                                 | 746404444  |                                 |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |          |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | Janusz Kazimierski                            |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczytna 57-330, ul. Henryka Sienkiewicza 1/6 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 667848111                                     |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 890345209                                     |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szczytna 57-330, Sienkiewicza 1/6             |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 724480224                                     |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                    |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | Ewa Seweryn                                 |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Złoty Stok 57-250, ul. 3 Maja 25            |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 74 817 55 00                                |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 890632469                                   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZO PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EWA SEWERYN |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ZŁOTY STOK 57-250, 3 MAJA 25                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                  | 748175500                                   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                 |  |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:   | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ URSZULA PUSKARZ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stare Bogaczowice 58-312, Główna 163  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 74 / 845 2210   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                | 890677006   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ URSZULA PUSKARZ |                                 |  |



|   |                                      |          |
|---|--------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Bogaczowice 58-312, Główna 163 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 666364634                            |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA TOMASZ KUBICKI,<br>BEATA KUBICKA SPÓŁKA CYWILNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-351, ul. Mikołaja Sępa-<br>Szarzyńskiego 30/04-mar     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713277500   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21018297  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA TOMASZ KUBICKI,<br>BEATA KUBICKA SPÓŁKA CYWILNA |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-351, Mikołaja Sępa-<br>Szarzyńskiego 30/3-4            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713277500   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNEJ<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, ul. Dobrzyńska 21/23                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 071 77-47-770   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930266152   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | POZ Punkt Szczepień                                     |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, Dobrzyńska 21/23                        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 609101022   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "ZESPÓŁ PRAKTYK LEKARSKICH" EWA<br>CHRZANOWSKA, KRYSZYNA WOLAŃSKA,<br>PIOTR WOLAŃSKI SPÓŁKA JAWNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, Osiedle Tęczowe 12A   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748316599   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890418813   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ PRAKTYK LEKARSKICH EWA<br>CHRZANOWSKA, KRYSZYNA WOLAŃSKA,<br>PIOTR WOLAŃSKI SPÓŁKA JAWNA   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, os. Tęczowe 12A   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748316599   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH<br>D.GOCHA-CHMIELEWSKA I<br>J.CHMIELEWSKI S.C. |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, Kazimierza Wielkiego 15B                                      |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 65/5444460   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 932027954  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, Kazimierza Wlk. 15b   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 655444600  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Manamedica Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołów 56-100, ul. Inwalidów Wojennych 13                            |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 607334051   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 22102249  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołów 56-100, ul. Inwalidów Wojennych 13                            |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713895360   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Katarzyna Janik                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Śródmieście 51-675, ul. Partyzantów 72 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 663759896                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 931903187                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-675, Partyzantów 72                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713728029                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97       |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W DUSZNIKACH ZDROJU" |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, ul. Lipowa 6   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 866 90 55  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 891048436   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"MEDICUS" sp. z o.o. |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, Lipowa 6                               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 690352864   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Krzysztof Piórkowski                                   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, al. Wojska<br>Polskiego 1       |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 868 26 81   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890582435  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Krzysztof<br>Piórkowski    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, Wojska Polskiego 1              |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748682681  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w<br>Ścinawce Dolnej |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawka Dolna 57-409, Ścinawka Dolna<br>16            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748715334  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99       |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO -<br>SŁAWIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-703, ul. Władysława<br>Czaplińskiego 46                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 603138770  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 366352764  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata<br>Sławin Sp. z o.o.                           |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kiełczów 55-093, Włczycka 14   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713988015  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata<br>Sławin Sp. z o.o., Filia w Pisarzowicach    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisarzowice 55-330, Wrocławska 22/1  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713146134  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NA RUMIANKOWEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-512, ul. Rumiankowa 53  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71/3578930   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 369427267  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NA RUMIANKOWEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 54-512, RUMIANKOWA 53  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713578930  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa w Jaworze           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, ul. Józefa Piłsudskiego 10 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 76 870-23-27                             |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390631706                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                          |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, Stanisława Moniuszki 6     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768702327                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Piotr Stankiewicz   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 57-312 Jaskowa Górna 109  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 868 76 24  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 890645124   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Piotr Stankiewicz |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaskowa Górna 57-312, Jaskowa Górna 109   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 518209308   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Waldemar Chrystowski                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-455, ul. gen. Karola Kniaziewicza 29 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71/3556059   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930094449  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|   |  |  |          |
|---|--|--|----------|
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Waldemar Chrystowski |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-455, Książewicza 29                   |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 713417540  |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c.<br>Małgorzata Kaniecka-Matuszkiewicz i<br>Edyta Klimczak |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-046, Sądowa 8  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3435532  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932012390   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c.  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-046, Sądowa 8  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713435532   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Przychodnia "HIPOKRATES" Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 67-200, ul. Generała Władysława<br>Sikorskiego 19            |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | (076)833-28-41  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390746540   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "HIPOKRATES" Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 67-200, Generała Władysława<br>Sikorskiego 19                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 768332841   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | LIDIA NAPORA, WIOLETA ZABÓWKA S.C.                                    |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Śródmieście 50-351, ul. Mikołaja<br>Sępa-Szarzyńskiego 30/3-4 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 32 77 500  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 931868730   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LIDIA NAPORA, WIOLETA<br>ZABÓWKA                          |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-351, Mikołaja Sępa-<br>Szarzyńskiego 30/3-4                |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713277500   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
|   |  |                               |                                 |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | "Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Mierzwińska" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, pl. Wolności 18  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 713931475   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 21723682  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, Plac Wolności 18   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 713931475   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ELŻBIETA GIGIEL NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Krzyki 50-455, ul. gen. Karola Kniaziewicza 29                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 668 647 475   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930746432   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-455, Kniaziewicza 29   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713417540   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Małgorzata Kowalczyk                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-455, gen. Karola Kniaziewicza 29 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 147 136                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931156939                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                 |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-455, Kniaziewicza 29             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713417540                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-19                                  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Piotr Szmigiel                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-818 Siekierczyn 341                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 722 17 12                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 230113312                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Piotr Szmigiel |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SIEKIERCZYN 59-818, SIEKIERCZYN 341        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757221712                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Maria Szmigiel                             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zaręba 59-800, ul. Jana Pawła II 2         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75/7213031                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 230491681                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Maria Szmigiel |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zaręba 59-800, Jana Pawła II 2             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757213031                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Monika Anagnostopulu                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Fabryczna 54-314, ul. Hermanowska 89 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 357 57 28                               |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930362625                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                              |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-314, Hermanowska 89               |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713575728                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | CERTAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Smolec 55-080, ul. Wierzbowa 9                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 316 85 26; 603 765 872                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 386068533  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CERTAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Smolec 55-080, Wierzbowa 9                       |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 603765872  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SŁAWOMIR WOŁK |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bukowice 56-321, Wrocławska 41                      |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 384 50 15                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930944570   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczny - zabiegowy                   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bukowice 56-321, Wrocławska 41                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 603589458   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Danuta Rozbicka Janusz Kliszcz spółka<br>cywilna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśna 59-820, ul. Baworowo 67                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 72 11 313                                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230485663  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                      |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEŚNA 59-820, BAWOROWO 67                        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757211313  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
|   |  |                         | <b>1</b>                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Pobiednej                      |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pobiedna 59-814, Nowomiejska 29                  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757816225  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
|   |  |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Maria Anna Wojtaszewska  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 58-113 Lutomia Dolna 28  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 8502711   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891095619  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Wiejski Ośrodek Zdrowia Lutomia Dolna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lutomia Dolna 58-113, Lutomia Dolna 28   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748502711  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
|   |  |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "MEDICA" S.C. PANEK VIOLETTA,<br>PIOTROWSKA-PYRGAŁ AGATA,<br>KURZYŃSKA IZABELA, KRACZKO ANDRZEJ,<br>LISZKA ROBERT |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec 59-900, ul. Warszawska 30   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 775 72 11  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230839262   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | MEDICA S.C. PANEK VIOLETTA,<br>PIOTROWSKA-PYRGAŁ AGATA,<br>KURZYŃSKA IZABELA, KRACZKO ANDRZEJ,<br>LISZKA ROBERT   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, Warszawska 30   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 507 187 138   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
|   |   |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
|  |  |                       |                         |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dobroszycach |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobroszyce 56-410, ul. Wojska Polskiego 22                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 71 314-11-05  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 930676915   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GABINET ZABIEGOWY   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRZEŃ 56-410, 9   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 71 314 83 93  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PUNKT SZCZEPIENI  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBROSZYCE 56-410, WOJSKA POLSKIEGO 22                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 71 314 11 05  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MAŁGORZATA BEREZA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-046, ul. Sądowa 8                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713 435 532                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932012361                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-046, Sądowa 8                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 71 3435532                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA REJONOWA W CHOJNOWIE        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chojnów 59-225, ul. Legnicka 12         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 768188514                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390632090                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA REJONOWA W CHOJNOWIE        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chojnów 59-225, Kazimierza Wielkiego 11 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768188514                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                              |                                |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | CENTRUM DIAGNOSTYCZNO - TERAPEUTYCZNE "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubin 59-300, ul. Leśna 8   |                              |                                |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 767 282 602                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 390553001                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, Leśna 8                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 767466113 767466118                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chocianów 59-140, 3 Maja 2                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 768195029                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, Szpitalna 3a                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 767282651                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA RODZINNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-415, ul. Zaporoska 87                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713380782  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 386505324  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinnej                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-415, Zaporoska 87                                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713380782  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |                                    |                                |                                    |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                    | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Beata Bujnowska                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 57-362 Krosnowice 179              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 868 82 12                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 890477684                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                    | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KROSNOWICE 57-362, KROSNOWICE 179A |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748685212                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                    |                                |                                    |

|   |                           |                              |                                |
|---|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                           | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | Elżbieta Wentka-Starostka |                              |                                |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, ul. Kłodzka 65 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 74 868-92-49                                 |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 890546630                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, Kłodzka 65     |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 748689249                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|   |                              |                                |                                    |
|---|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Dorota Babiak                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-200, Królewska 30 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501786667                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930978183                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dorota Babiak                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-200, Królewska 30 |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 713455694                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                              |                                |                                    |

|   |                                  |                                |                                    |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Piotr Wesołowski                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Cieszków 56-330, ul. Ogrodowa 1A |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3848290                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930889723                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "ESKULAP    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Cieszków 56-330, Ogrodowa 1a     |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 713848290                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIERUTOWIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bierutów 56-420, ul. Juliusza Słowackiego 2                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 314-60-23   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930671148  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa w Bierutowie                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bierutów 56-420, Juliusza Słowackiego 2                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 502534229  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                              |                                |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWO-USŁUGOWE "MEDCOM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojkowice 55-020, ul. Zdrowa 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 316 40 28  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932224360   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza rodzinnego  |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOJKOWICE 55-020, ZDROWA 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713164027   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | HIPOKRATES - GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA SPÓŁKA CYWILNA                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oława 55-200, ul. Warszawska 30   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 3032455; 71 3032434  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932242010   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Hipokrates  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oława 55-200, Warszawska 30   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713032455 713032434   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZYCACH     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pieszycy 58-250, ul. Królowej Jadwigi 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748365362   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891100480   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszcach  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pieszycy 58-250, Królowej Jadwigi 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748365362   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żmigród 55-140, ul. Lipowa 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 385-35-14  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930938775   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żmigród 55-140, Lipowa 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713853514   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                              | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień              |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Powidzko 55-140, Powidzko 19 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713856694                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132      |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PRZEDSIĘBIORSTWO LECZNICZE<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "BHMED" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Strzebińska 6  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 853 76 06  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 890480893   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Strzebińska 6  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748515483   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133      |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W MALCZYCACH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Malczyce 55-320, ul. Adama Mickiewicza 6                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 713179118  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930372552  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W MALCZYCACH |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Malczyce 55-320, Adama Mickiewicza 6                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 503094479  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134      |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | POLKOWICKIE CENTRUM USŁUG<br>ZDROWOTNYCH-ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SPÓŁKA AKCYJNA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polkowice 59-100, ul. Kardynała<br>Bolesława Kominka 7                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 767460800   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390760852   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych-<br>Zakład Opieki Zdrowotnej S.A.             |                         | <b>3</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polkowice 59-100, Kardynała B. Kominka 7  |                         |                             |

|                           |            |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|
| telefon/ telefony         | 767460800  |  |  |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MIEJSKO-GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>OPIEKI PODSTAWOWEJ W ŚCINAWIE |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawa 59-330, ul. Władysława Jagiełły 2                       |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76 817 48 45  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390631675   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawa 59-330, Władysława Jagiełły 2                           |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768174830   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>GAWORZYCACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gaworzyce 59-180, ul. Dworcowa 200      |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76 831-62-20                            |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390767742                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>GAWORZYCACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gaworzyce 59-180, Dworcowa 200          |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768316220                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137      |                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Kotli |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kotla 67-240, ul. Krzycka 2    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76 831-85-09                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390631942                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kotla 67-240, Krzycka 2        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768318509                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W ZAWONI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawonia 55-106, ul. Spacerowa 6                           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713128168   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930328410   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|   |                             |  |          |
|---|-----------------------------|--|----------|
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia      |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawonia 55-106, Spacerowa 6 |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 713128168                   |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                  |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                             |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W WIŃSKU |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wińsko 56-160, pl. Wolności 13                             |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 3898025, 7260049666                                     |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 930255237  |                                 |  |
|   |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wińsko 56-160, plac Wolności 13                            |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713898025  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzelow 56-160, Krzelów 49                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713899181  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głębowice 56-160, Głębowice 32                             |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713890492  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa:  | OŚRODEK ZDROWIA W KUNICACH             |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kunice 59-216, ul. Staropolska 7:00 AM |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 76 857-53-26                           |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390088136                              |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | punkt szczepień                        |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kunice 59-216, Staropolska 7a          |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 768575326                              |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                             |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej Przychodnia Rejonowa w<br>Świerzawie |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świerzawa 59-540, ul. Lipowa 3   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 48 757 135 233   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 3273402  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | SP ZOZ Przychodnia Rejonowa w<br>Świerzawie  |                                 |  |

|   |                            |          |
|---|----------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerzawa 59-540, Lipowa 3 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 753067084                  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                 |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                            |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYSŁAKOWICACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mysłakowice 58-533, ul. Wojska Polskiego 2:00 AM               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 757131541  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230187888  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYSŁAKOWICACH |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mysłakowice 58-533, Wojska Polskiego 2A                        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 75 64 70 830   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa-Zdrój 57-350, ul. Słoneczna 13             |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8661614  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891056996   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUDOWA-ZDRÓJ 57-350, SŁONECZNA 13                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748661614   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | ESKULAP SPÓŁKA z o.o filia Lewin Kłodzki          |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Kłodzki 57-343, Graniczna 7                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748698462   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-20  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Bartosz Suchowiak                            |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8335263                                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890700248                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Bartosz Suchowiak                            |                         |                                |



|   |   |          |
|---|---|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, IGNACEGO<br>PADEREWSKIEGO 5 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 748335263                                   |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145      |                               | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Andrzej Sroka                 |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 58-124 Strzelce 36A           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748504423                     |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891059463                     |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień               |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce 58-124, Strzelce 36A |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748504423                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                               |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Medycyny<br>Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy<br>"PRO-MED" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością      |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-001, ul. Gwarna 6a  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 343 13 36   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931123696  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Dolnośląskie Centrum Medycyny<br>Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy<br>"PRO-MED" Gwarna |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-001, Gwarna 6A  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 600800144  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZYNYCH W<br>KOSTOMŁOTACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostomłoty 55-311, Szpitalna 13            |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 3170 289                                |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930105785                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Zakład Usług Medycznych                    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostomłoty 55-311, Szpitalna 13            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 3170 289                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                 |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>KROTOSZYCACH         |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krotoszyce 59-223, ul. Mikołaja Kopernika<br>9/3 |                       |                         |

|   |                                       |                                 |  |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 768878312                             |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 390681791                             |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Krotoszycach |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krotoszyce 59-223, Kopernika 9/3      |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 768878312                             |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                            |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZABOBRZE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-506, ul. Michała Kleofasa<br>Ogińskiego 1 B     |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 75 64 56 376  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 230915201   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZABOBRZE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JELENIA GÓRA 58-506, OGIŃSKIEGO 1B                              |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 758890170   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĘTEJ<br>KATARZYŃCIE |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Święta Katarzyna 55-010, ul. Żeromskiego<br>1     |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 713116299   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 930393011   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Siechnicach                     |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siechnice 55-011, Kolejowa 15                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713115517 537373576                               |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Siechnicach                     |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siechnice 55-011, Kolejowa 15                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713116304   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |  |                               |                                 |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej -Ośrodek Zdrowia w Wiszni<br>Małej |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wisznia Mała 55-114, ul. Wrocławska 4a   |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 713 127 016  |                               |                                 |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 930258537   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej - Ośrodek Zdrowia w Wiszni<br>Małej |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wisznia Mała 55-114, Wrocławska 4a  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 713127016   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBIĄŻU                    |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBIĄŻ 56-100, UL. MICHAŁA LEOPOLDA<br>WILLMANNNA 23 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 071 389-71-85  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 930259152  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Lubiążu                    |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubiąż 56-100, Willmanna 23                          |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713897184  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |                                   |                                 |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> |                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | OŚRODEK ZDROWIA W TYŃCU LEGNICKIM |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-243 Tyniec Legnicki 54         |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 768580328                         |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390104875                         |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK ZDROWIA W TYŃCU LEGNICKIM |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tyniec Legnicki 59-243, Ruja 54   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 768580328                         |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                        |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                   |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>MŚCIWOJOWIE |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŚCIWOJÓW 59-407, 5 A                   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 768728514                               |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390582480                               |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W<br>MŚCIWOJOWIE |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MŚCIWOJÓW 59-407, 5 A                   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 661260470                               |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                              |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |  |                               |                                 |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W LEGNICKIM POLU |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnickie Pole 59-241, ul. Klasztorna 20    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 768582825                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 390651005                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnickie Pole 59-241, Klasztorna 20        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 768582825                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Marlena Wiśniewska |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Krzyki 53-124, al. Lipowa 10           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 502752830                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930184939                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-124, Lipowa 10                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713674078                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Elżbieta Pawłowska                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 52-326, ul. Czekoladowa 49             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 094 216                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931105356                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 52-326, Czekoladowa 49                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717948046                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED" TOMASZ KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, ul. Władysława Stanisława Reymonta 1                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75/7758432  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 230882393   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED" TOMASZ KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, Reymonta 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757758432   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159      |                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Łakiewicz-Jaskulski Spółka Cywilna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, al. Lipowa 2        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/383 11 44                       |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932070571                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                    |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, Lipowa 2            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713831144                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechlów 56-215, ul. Krótka 5   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 655442183   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932019340   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, Mickiewicza 1  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 601444156   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>2</b>                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechlów 56-215, Krótka 5   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 655435679   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernina 56-200, Rydyzińska 31  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 601444156   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścina 56-200, Chróścina 140   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 655431264   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | EDYTA SIERAKOWSKA PRAKTYKA<br>LEKARZA RODZINNEGO |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-046, ul. Sądowa 8                     |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 71 343-55-32                                     |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 932012384  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-046, Sądowa 8               |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713435532                              |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162      |                              | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Zdzisława Data               |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-231 Nielubia 94A          |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 76/8314224                   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 390591728                    |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                              | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ         |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nielubia 67-231, nielubia 51 |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768314224                    |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W DZIADOWEJ KŁODZIE |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziadowa Kłoda 56-504, ul. Słoneczna 7A   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 627 851 712   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 932068025   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK ZDROWIA                     |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIADOWA KŁODA 56-504, SŁONECZNA 7a   |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 627851712   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164      |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA ZDROWIA W JAWORZYNIE ŚL. |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaworzyna Śląska 58-140, ul. Westerplatte 16     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | (74)8563625                                      |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 890486980  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA ZDROWIA W JAWORZYNIE ŚL. |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaworzyna Śląska 58-140, Westerplatte 16         |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 74 8563626                                       |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gminny Zespół Zakładów Opieki<br>Podstawowej w Pielgrzymce |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-524 Pielgrzymka 109 F                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 768 775 018  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390632380  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pielgrzymka 59-524, Pielgrzymka 109f                       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 508250866  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ"PRZYCHODNIA RODZINNA"<br>KAJDEROWICZ I BILIŃSKI MAŁGORZATA<br>KAJDEROWICZ-KOWALIK |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobótka 55-050, ul. Krótka 2/B   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 390 42 00   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931902839  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA<br>KAJDEROWICZ I BILIŃSKI                                    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBÓTKA 55-050, KRÓTKA 2B  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713904200  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | BEATA TRZCIŃSKA-LARSKA                         |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Mikołaja Kopernika<br>34A |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 851 27 17                                 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890195796                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Mikołaja Kopernika 34A        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746403553                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne "ASTRA" S.C. Adamiak-<br>Kaptur Melania, Majewski Sławomir,<br>Grzebieluch Bożena, Jaworska-Dawid<br>Renata, Staniszevska Lucyna, Borowska<br>Iwona |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Rotmistrza Witolda<br>Pileckiego 10A   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 834-00-34   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 891051088  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gabinet szczepień                        |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, ROTM.W.PILECKIEGO<br>10A |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748340034                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                          |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIESZYCE 58-250, SPORTOWA 2              |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748300870                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Twardogóra 56-416, ul. Ludwika Waryńskiego 10                           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/3158041,71/3158009   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930673420   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Twardogórze |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Twardogóra 56-416, Ludwika Waryńskiego 10                               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713158009   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gminny Zespół Zakładów Opieki Podstawowej w Złotoryi |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-500 Gierałtowiec 33                               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 768781413  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390632396  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                                 |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wilków-Osiedle 59-500, Jana Kochanowskiego 3         |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768783321  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORNIE |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWORNO 57-130, ul. Pocztowa 6                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 810-20-19   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890639508  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |



|   |                              |  |          |
|---|------------------------------|--|----------|
| nazwa:  | SPG ZOZ W PRZEWORNIE         |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWORNO 57-130, POCZTOWA 6 |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 748102016                    |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Ciepłowodach |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciepłowody 57-211, ul. Szkolna 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74/8103474, 74/8103433   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891057872  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Ciepłowodach |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciepłowody 57-211, Szkolna 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508340244  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Elżbieta Dziechciowska-Saj, Jolanta Oliwa spółka cywilna |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dzierżoniów 58-200, ul. Świdnicka 37a                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 666 18 18   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891433217  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAL-MED"          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dzierżoniów 58-200, Świdnicka 37a                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 746661818  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bolkowie |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolków 59-420, ul. Wysokogórska 6                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 741-32-20  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 230006800   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolków 59-420, Wysokogórska 6                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757413220   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA REJONOWA W PROCHOWICACH       |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prochowice 59-230, ul. Antoniego Rymszy 3 |                              |                                |

|   |                                       |                                 |                                    |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 076 858-45-21                         |                                 |                                    |
| identyfikator REGON                               | 390651784                             |                                 |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                       | <b>szczerpienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                       |                                 | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROCHOWICE 59-230, ANTONIEGO RYMSZY 3 |                                 |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 768584478                             |                                 |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                            |                                 |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                                 |                                    |

|   |  |                                 |                                 |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |  | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR SZMORAĞ |                                 | <b>1</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Fabryczna 52-414, ul. Michała Śniegockiego 15  |                                 |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3635419   |                                 |                                 |
| identyfikator REGON                                 | 930909058  |                                 |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczerpienie personelu *</b> |                                 |
| nazwa:  | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR SZMORAĞ |                                 | <b>1</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 52-414, Śniegockiego 15  |                                 |                                 |
| telefon/ telefony                                   | 579810976  |                                 |                                 |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |                                 |

|   |   |                                 |                                 |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |   | <b>szczerpienie personelu</b>   | <b>szczerpienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>1</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebnica 55-100, ul. Tadeusza Kościuszki 10                                      |                                 |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 71 387-28-38  |                                 |                                 |
| identyfikator REGON                                 | 932255520   |                                 |                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczerpienie personelu *</b> |                                 |
| nazwa:  | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 | <b>1</b>                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebnica 55-100, Kościuszki 10   |                                 |                                 |
| telefon/ telefony                                   | 713120375   |                                 |                                 |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |                                 |

|   |  |                               |                                 |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |  | <b>szczerpienie personelu</b> | <b>szczerpienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | Grupowa Praktyka Lekarzy POZ MEDICUS A. Zając, U. Łączyńska-Remza, P. Podłowski Spółka Cywilna |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stronie Śląskie 57-550, ul. Nadbrzeźna 14  |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 748 141 389  |                               |                                 |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 891125250  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Grupowa Praktyka Lekarzy POZ MEDICUS<br>A. Zajęc, U. Łączyńska-Remza, P.<br>Podłowski Spółka Cywilna |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stronie Śląskie 57-550, Nadbrzeźna 14  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748141389  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ EVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Ruda 57-400, ul. Bohaterów Getta<br>6C           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 873 03 37  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930429140   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ EVITA Sp. z o.o.                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Ruda 57-400, Bohaterów Getta 8                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748725599   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ EVITA Sp. z o.o. Filia nr 1                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Ruda 57-400, Spacerowa 15a                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748725599   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ EVITA Sp. z o.o. Filia nr 2                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Ruda 57-401, Świdnicka 20                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748725599   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"UNIMED" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głuszycza 58-340, ul. Grunwaldzka 24   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 8456212   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891089100  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"UNIMED" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głuszycza 58-340, Grunwaldzka 24   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 74-84-56-250   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "REMEDIUM" S.C. ELŻBIETA WALCZAK-PAWŁOWSKA, TOMASZ KOWALCZYK |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzybórz 56-513, ul. Sycowska 34                           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 62 / 78 69 770   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932233056  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzybórz 56-513, Sycowska 34                               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 627869770  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
|   |  |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PETRONELA GORAJEWSKA<br>PRZEDSIĘBIORSTWO LECZNICZE NZOZ<br>SOBIESZÓW |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-570, ul. Cieplicka 164A                              |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 75 53 530   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230174762  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-570, Cieplicka 164A                                  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757553530  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
|   |  |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | BOŻENA WOŁOSZCZUK-GORZKOWSKA,<br>MARIA PAŁETKO - KONTRAKTOWA<br>PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH -<br>SPÓŁKA PARTENERSKA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ziębice 57-220, ul. Wąska 15/17   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748 192 840   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891343862   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarzy Rodzinnych - spółka<br>partnerska                         |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ziębice 57-220, Wąska 15/17   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748192840   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
|   |   |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ MIEJSKI OŚRODEK<br>ZDROWIA W ŚWIEBODZICACH |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzię 58-160, Aleje Lipowe 15   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 6645952(51)   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 891348612  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień                     |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzice 58-160, Aleje Lipowe 15 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746645956                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA<br>GRAŻYNA IWAN-DYŚ JACEK<br>ZWIERZCHOWSKI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bardo 57-280, ul. Grunwaldzka 11   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8171340   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891344577  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bardo 57-256, Grunwaldzka 11   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748171340  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186      |                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Abdul Salam Al. - Medhagi |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, Poczтова 6 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713931372                 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931962787                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień           |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, Poczтова 6 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713931372                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                           |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "AR-MED" s. c. Głowienkowska R.,<br>Kościelniak M., Markowska A. |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 52-118, ul. Chińska 4/1B                          |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/7173521   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932668512  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | AR-MED s. c. Głowienkowska R.,<br>Kościelniak M., Markowska A.   |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 52-118, CHIŃSKA 4 LOK.1B                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 694790450  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Grażyna Chomicz                        |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-441, ul. Mosiężna 35/04-mar |                       |                         |

|   |                                 |                                 |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 71 / 792 30 01                  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 930055426                       |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                 | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Grażyna Chomicz                 |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-441, Mosiężna 35/3-4 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 717923001                       |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                      |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | "NZOZ BBS Przychodnia Lekarska"<br>Bednarczyk Henryk, Bednarczyk Bożena,<br>Bury Zdzisława |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ziębice 57-220, ul. Wąska 15/17  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 74/8191929,74/8192941  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 891343879  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ BBS Przychodnia Lekarska<br>Bednarczyk Henryk, Bednarczyk Bożena,<br>Bury Zdzisława   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ziębice 57-220, Wąska 15/17  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 600053086  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-411, al. Aleksandra Brücknera<br>47-49                                  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3253331   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932661668  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZOZ PSIE POLE Przychodnia<br>Specjalistyczna Nr 2                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-153, Potockiego 2   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 717276001  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | ANETA WIKTOROWSKA, JANINA STANNY<br>SPÓŁKA CYWILNA      |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Ludwika<br>Waryńskiego 18 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 746411430   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 891100964   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Zastrzyk   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ząbkowice Śląskie 57-200, Ludwika<br>Waryńskiego 18     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 746411430   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA<br>REJONOWA W ŻŁOTORYI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żłotoryja 59-500, ul. Kwiska 1   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 768783187  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390632404  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA<br>REJONOWA W ŻŁOTORYI |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żłotoryja 59-500, Kwiska 1   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 76 8781922   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA<br>JAWNA A.ANTAS, M.TUNIK, M.SIEMIENAS-<br>PALICHLEB J.POLESZCZUK A.WŁODARSKI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Wrocławska<br>23A   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 746 410 464   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891345074   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | ZDROWIE"sp.j. A.ANTAS,M.TUNIK,<br>M.SIEMIENAS-PALICHLEB, J.POLSZCZUK,<br>A.WŁODARSKI  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, WROCLAWSKA<br>23a   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746410474   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Danuta Łydzba                             |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marcinowice 58-124, ul. Leopolda Staffa 3 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8585300                                |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890480568                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                           |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marcinowice 58-124, Staffa 1              |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748585300                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195      |                                 | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Spółka Lekarska "BIEGUNOWA"     |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, ul. Biegunowa 2 |                       |                         |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | 767 221 550  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 390764100  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Spółka Lekarska "BIEGUNOWA"<br>Przychodnia "BIEGUNOWA" |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA 59-220, Biegunowa 2                            |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 767221550  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | "ARS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-111, ul. Ślężna 118                          |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 748181824   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 891349876   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Budzów 57-214, Budzów 178                               |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 748181824   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA KAMIENIEC WROCŁAWSKI<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamieniec Wrocławski 55-002, ul. Cichy<br>Kącik 8                              |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 713185591  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932678605  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamieniec Wrocławski 55-002, Cichy Kącik<br>8                                  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713185591  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Zakład Usług Lekarskich "ZDROWIE"<br>Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-500, ul. Mostowa 2   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 75/767-49-37   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 8011807  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Pracownia diagnostyki laboratoryjnej<br>(Laboratorium)                       |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-500, Mostowa 2   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 699854502  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PULS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, ul. Stanisława Moniuszki 9   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 76/7276481  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390717276   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PULS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska |                         | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Stanisława Moniuszki 9   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 767276480   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI PODSTAWOWEJ W PASZOWICACH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-411 Paszowice 260                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 768701720   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390631698   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Zespół Zakładów Opieki Podstawowej w Paszowicach |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paszowice 59-411, Paszowice 260                         |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768701720   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | "ARS MEDICA" S.C. JANUSZ BOGUCKI, ALICJA TARGOŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, ul. Mikołaja Kopernika 1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75/7525149   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 230901831  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Kopernika 1   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 75 752 51 49   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202      |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | "MEDICOR" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-231, ul. Trzebnicka 88                 |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 71 329-32-31                                      |                       |                         |

|   |                               |                                |                                    |
|---|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 932653982                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                               | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia POZ                  |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-231, Trzebnicka 88 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 713293231                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                               |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "STARMED - Staromiejskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Stare Miasto 53-647, ul. Młodych Techników 7   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3555000 wew. 244  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932683664  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-647, Młodych Techników 7  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713555000  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "DLA ZDROWIA" S.C. E.KUŹMIŃSKA, J.ŚWIĄTONIOWSKA          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Śródmieście 51-642, ul. Karola Olszewskiego 23 B |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713 478 203  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932647600  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-642, Olszewskiego 23b                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713478203  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MULTI-MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-244, pl. św. Macieja 8   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 321 64 98  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932688220   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MULTI-MEDYK" Spółka z o.o.- filia                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-204, pl. Maxa Borny 1-3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713288527   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |

| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Piotr Polański Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mieroszów 58-350, ul. Nad Potokiem 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74/8458272   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 890437124  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mieroszów 58-350, Nad Potokiem 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748458272  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Biogenes" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-224, pl. Bzowy 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3647961   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932685203  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Nazwa CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-224, Plac Bzowy 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 71 3633016   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                | <b>2</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W JANOWICACH WIELKICH                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janowice Wielkie 58-520, ul. Sudecka 15  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 757547500  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10650629   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W JANOWICACH WIELKICH                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janowice Wielkie 58-520, Sudecka 15  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757547500  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Legnica 59-220, ul. Piekarska 7  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 76 / 856 51 20 / 609 466 851  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 390760591   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA 59-220, ul. Piekarska 7   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 767224788   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE " SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Boguszów-Gorce 58-370, ul. Wałbrzyska 19   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748449437  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891126567  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Boguszów-Gorce 58-370, Wałbrzyska 19   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748449437  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "SANA-MED" s.c.                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Legnica 59-220, ul. Tatrzańska 2                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 76 / 8550551, 76 / 8550421                         |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390764123  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TATRZAŃSKA" |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGNICA 59-220, Tatrzańska 2                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768550551  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |                                    |                                |                                    |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> |                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | POGOTOWIE RATUNKOWE WE WROCŁAWIU   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-507, ul. Ziębicka 34/38 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 717731406                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932207142                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-507, Ziębicka 34-38     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717731406                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                    |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ FIRMA LEKARSKA KAMA<br>LEK.MED.MAREK SZEWCZYK,<br>LEK.MED.KATARZYNA SZEWCZYK |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kąty Wrocławskie 55-080, ul. 1 Maja 78  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 316 73 04  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932681607   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Firma Lekarska KAMA s.c. Lek. med.<br>Marek Szewczyk, Lek. med. Katarzyna<br>Szewczyk                            |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĄTY WROCŁAWSKIE 55-080, 1 MAJA 78  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713167304   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "AMAVITA - MARZENA KLAKOCAR, ALICJA<br>MAJDA - SZCZOTKA, AGNIESZKA<br>MYRDZIO" LEKARSKA SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-665, ul. Bernarda Belotta<br>Canaletta 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713489049  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932691008  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczyień   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 51-665, CANALETTA 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713489049  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA ANDRZEJ<br>KRĘŻLEWICZ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krośnice 56-320, ul. Parkowa 37         |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 384 62 88                          |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930332110                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy                       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krośnice 56-320, Parkowa 37             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713846288                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA REJONOWA |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojcieszów 59-550, ul. Bolesława<br>Chrobrego 79                       |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 75 751-22-38   |                       |                         |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 3271099  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA REJONOWA |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOJCIESZÓW 59-550, BOLESŁAWA<br>CHROBREGO 79                           |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 757512238  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |

|   |                                   |                                 |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217</b> |                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Medica s.c.  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oława 55-200, ul. 11 Listopada 14 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 713 133 691                       |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932238378                         |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Medica s.c.  |                                 | <b>4</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oława 55-200, 11 Listopada 14     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713133691                         |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                        |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczyień                    |                                 | <b>4</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oława 55-200, 11 Listopada 14     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713133691                         |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                        |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-14                        |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>PODSTAWOWEJ W CHOJNOWIE |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-225 Krzywa 17 A                                       |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 768188968  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390630612  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczyień   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzywa 59-225, - 17a                                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 768188968  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>PODSTAWOWEJ W CHOJNOWIE |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rokitki 59-225, - 18                                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 768178828  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |                                   |                               |                                 |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219</b> |                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gromadce |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gromadka 59-706, ul. Szkolna 18 a |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 075 7382-350                      |                               |                                 |

|   |                              |                                |                                    |
|---|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 390631994                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia       |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gromadka 59-706, Szkolna 18A |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757382350                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                                |                                    |

|   |                                     |                                |                                    |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Krzepowie |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głógów 67-200, ul. Rudnowska 109    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 76 834-12-72                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390631965                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Krzepowie |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głógów 67-200, Rudnowska 109        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768341272                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                     |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, PRZEDSIĘBIORSTWO WYKONUJĄCE DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-105, ul. Ludwika Zamenhofa 47   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 743067077   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891076190   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, PRZEDSIĘBIORSTWO WYKONUJĄCE DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-105, ul. Ludwika Zamenhofa 47   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 743067077   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Małgorzata Zahorska i Cezary Zahorski s.c.     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piechowice 58-573, ul. Michała Żymierskiego 58 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 605348546,75/7612304                           |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 20511363                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza rodzinnego                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piechowice 58-573, KRYSZTAŁOWA 58              |                                |                                    |

|                           |            |  |   |
|---------------------------|------------|--|---|
| telefon/ telefony         | 757612304  |  | 1 |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA PIASKOWA GÓRA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, ul. Główna 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748416654   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891059256   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA PIASKOWA GÓRA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, Główna 4  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748868624 797955938   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Piaskowa Góra" Sp. z o.o. Filia Biały Kamień           |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-304, Andersa 184   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748480070   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Lekarsko - Rehabilitacyjna Przychodnia Rodzinna "AMICUS" Maria Kaczmarzyk i Wspólnicy Spółka Jawna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, ul. Stanisława Staszica 27  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 832-09-70 645-76-10   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891508056  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, Staszica 27   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748320970  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH A. SZADURA, J. PIOTROWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-525, ul. Gliniana 32/34   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 713670446, 505059756   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 932726126  |                       |                         |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH A. SZADURA, J. PIOTROWSKI SPÓŁKA PARTNERSKA |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-525, Gliniana 32-34   |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713670446  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226      |                             | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Lesław Szpiech              |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pęgów 55-120, ul. Główna 98 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 722393326                   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 931987280                   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                             | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień             |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PĘGÓW 55-120, Główna 98     |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713107128                   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-19                  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Zuzanna Wolak - Listwan                         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-452, ul. Komuny Paryskiej 73A |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 713 429 146                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 931984659                                       |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy                               |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-452, Komuny Paryskiej 73a            |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713429146 501941044                             |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                      |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-123, ul. Oławska 14                |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 344-93-02                                  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 294846  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                          |                      | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-525, Joannitów 10-12               |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 717957042 607581385                           |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                    |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229      |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Mirsk |                    |                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, ul. Adama Mickiewicza 36                     |                    |                      |
| telefon/ telefony:                                | 75 783-43-57   |                    |                      |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 230926127  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Mirsk |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, Adama Mickiewicza 36                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757834357 724395717  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "VIS-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąsosz 56-210, Zacisze 10A                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 65 543 71 60                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932220846   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | VIS-MED   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąsosz 56-210, Zacisze 10A                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 655437160   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA HRYNIEWIECKA-ROPIJ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oborniki Śląskie 55-120, ul. Trzebnicka 37   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601158671  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930204369  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA HRYNIEWIECKA-ROPIJ |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713103794  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaśkowicach Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-216 Jaśkowice Legnickie 37   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 076 857-57-80   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 391028372   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | punkt szczepień   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jaśkowice Legnickie 59-216, Jaśkowice Legnickie 37  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508138705   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |

| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | KRYSTYNA WITAS  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-610, Stanisława Moniuszki 10/2                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 348-14-76  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932220674   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia VITA Krystyna Witas                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-610, ul. Stanisława Moniuszki 10                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 713481476   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "ARS MEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, ul. Marii Konopnickiej 4                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748520666   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891058185   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ARS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, Marii Konopnickiej 4                       |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 602607761   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "AR-VITA" USŁUGI MEDYCZNE S.C. RYSZARD I ALICJA MOJZESOWICZ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, ul. Kliczkowska 37                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 640 19 19  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 890483058   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | AR-VITA USŁUGI MEDYCZNE S.C. RYSZARD I ALICJA MOJZESOWICZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, Kliczkowska 37                             |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 746401919   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Wądrożu Wielkim                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-430 Wądroże Wielkie 167                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 076 88-74-421   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390203175   |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Wądrożu Wielkim              |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄDROŻE WIELKIE 59-430, WĄDROŻE<br>WIELKIE 167 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768874421                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA DOKTOR SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, ul. Artura Grottgera<br>10               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 64 22 500, 75 / 64 22 502                                |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21913098  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Grottgera 10                             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756422500   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze     |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-570, ul. Cieplicka 126 A |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 75-264-62                             |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 1082454                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze     |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-506, Różyckiego 6        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 500183198                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Publiczny Zakład Lecznictwa<br>Ambulatoryjnego w Strzelinie |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelin 57-100, ul. Adama Mickiewicza 20                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713922969   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931185183   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia ogólna   |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN 57-100, plac I-go Maja 10                          |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713922240   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Publiczny Zakład Lecznictwa<br>Ambulatoryjnego w Strzelinie |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN 57-100, Adama Mickiewicza 20                       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713922240   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"PROMED" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-506, ul. Ludomira<br>Różyckiego 6  |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 64 17 101-103, 608 674 510  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 230914124  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy             |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA 58-506, LUDOMIRA<br>RÓŻYCKIEGO 6 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756417100                                   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy           |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA 58-500, MICHAŁA<br>DRZYMAŁY 31 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756417120                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA OGÓLNOLEKARSKA<br>LEK.BARBARA KOŁODZIEJ |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-516 Zagrodno 62A                              |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 76 877-38-82                                     |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 390209427  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień     |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-516 ZAGRODNO 62a |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 76 877 38 82        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242      |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | "ZDROWIE RODZINY" LUBOS, SITKOWSKA-<br>KWAS, SPÓŁKA PARTNERSKA, LEKARZE |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 53-023, ul. Gradowa 2                                    |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 717 918 181   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 932681458   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|--------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------|
|                                |  |                         |                                |

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| nazwa:  | ZDROWIE RODZINY LUBOS, SITKOWSKA-KWAS, SPÓŁKA PARTNERSKA, LEKARZE |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-023, Gradowa 2   |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 0717918181  |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DOBROMED" S.C. JERZY FUŁEK ROBERT SEIFERT PIOTR WOJTYŁAK |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Wrocławska 32   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748151950   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891355724   |                         |                                |
|   |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DOBROMED"  |                         | <b>5</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, Wrocławska 32   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748151950   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244      |                                      | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej w Żórawinie |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żórawina 55-020, ul. Urzędnicza 11   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 31-65-018 31-65-003               |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930327280                            |                         |                                |
|   |                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Żórawinie   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żórawina 55-020, Urzędnicza 11       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713165003                            |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" S.C. MAŁGORZATA TORUŃSKA DARIUSZ TORUŃSKI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Kolejowa 8  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/8569518   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891139067  |                         |                                |
|   |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "KOLMED" s.c.   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Kolejowa 8  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | +48604512633   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MAŁGORZATA BRANT NZOZ PRAKTYKA<br>LEKARZA RODZINNEGO |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, ul. Trzebnicka 37           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713 102 003  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930695858  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczyień                                       |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713 102 003  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Alina Grocka - Właźlak                                    |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/3103796  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931998555   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | N.Z.O.Z.- Praktyka Lek. Rodzinnego A.<br>Grocka - Właźlak |                         | 3                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713103796   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248      |                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Małgorzata Tarczyluk-Miśkiewicz    |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernica 55-003, ul. Wrocławska 54 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713180094                          |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931618156                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczyień                     |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernica 55-003, Wrocławska 54     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 609494815                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ASTRA-MED" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW 67-200, ul. Gwiaździsta 23   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 768 338 812   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390751860   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|   |   |                         |                                |

|   |   |  |          |
|---|---|--|----------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASTRA-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Gwiazdzista 23   |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 76 711 19 66 lub 503933217  |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRUSACH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prusy 57-150, ul. Pocztowa 33                            |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 717351403  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 931865021  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SP ZOZ PRUSY   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSY 57-150, POCZTOWA 33                                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713930486  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Zakład Lecznictwa Odwykowego dla Osób Uzależnionych od Alkoholu w Czarnym Borze |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Bór 58-379, ul. Parkowa 8  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 074 845-01-24   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 293982  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Całodobowy oddział terapii uzależnień   |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Bór 58-379, Parkowa 8  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748450124   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Jacek Włodzimierz Krajewski                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, ul. Głucha 4E                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 76/8709209                                  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390596246                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jacek Krajewski |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Udanin 55-340, Udanin 88                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768709209                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253      |                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Zagrodnie |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-516 Zagrodno 56a                |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 076 877-33-29                      |                       |                         |



|   |                                    |                                |                                    |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 390632858                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Zagrodnie |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-516 ZAGRODNO 56A                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 768773329                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNICY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oleśnica 56-400, ul. Mikołaja Reja 10                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 798-28-03   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931616743  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNICY |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Oleśnica 56-400, gen. J. Hallera 25                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 707982870  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | LUBMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubin 59-300, ul. Gwarków 82                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 767467650                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390944753                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Nr 1                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubin 59-300, Armii Krajowej 35                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 767467510 lub 767467600                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Nr 2                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubin 59-300, Wyszyńskiego 6                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 767467410 lub 767467600                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Nr 3                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubin 59-300, Gwarków 82                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 767467610 lub 767467600                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                              |                                |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE KARPACZ SPÓŁKA AKCYJNA |                              |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Karpacz 58-540, ul. Myśliwska 13        |                              |                                |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 530485463                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 231093020                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital - Zarzecze                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karpacz 58-540, Myśliwska 13            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 883358154                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia w Karpaczu                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karpacz 58-540, Konstytucji 3 Maja 71   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 883358171 883358172                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia w Jeleniej Górze - Cieplice |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, Cieplicka 83a      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 883358210                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "PROXIMUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-428, ul. Żelazna 34  |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 71/7836250  |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 931950666   |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | NZOZ Centrum Usług Medycznych "PROXIMUM" Sp. z o.o.   |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-428, Żelazna 34  |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 717836250   |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                |

|   |   |                                |                                |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Promed" s.c. Ewa Górny, Jolanta Bodzioch |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelcz-Laskowice 55-220, ul. Liliowa 3A  |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3183133  |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 932709270   |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy i punkt szczepień   |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelcz-Laskowice 55-220, Liliowa 3a  |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 713183133   |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259      |                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Dorota Konopacka             |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skokowa 55-110, Prusicka 22a |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | tel/fax71/312 65 99          |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932774680                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Dorota Konopacka             |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skokowa 55-110, Prusicka 22a |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713126599                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                              |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA "FONS VITAE"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Karola Miarki 29  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 738 25 11, 75 / 7341245  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 231098916   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | punkt szczepień   |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Karola Miarki 29  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757341245   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Anna Kunysz-Moruń NZOZ Praktyka<br>Lekarza Rodzinnego |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-416, ul. Zaporoska 58/2                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/7921120  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930941346   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                           |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-210, Pszczelarska 7                        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717921120   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262      |                                   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Kazimierz Juźwin                  |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Domaszków 57-530, ul. Kolejowa 10 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 512112614                         |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890457753                         |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Domaszków 57-530, Kolejowa 10     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748132005                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                        |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ                         |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzylesie 57-530, Powstańców Śląskich<br>8 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748126377                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Beata Hausman   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzieńmorowice 58-308, os. Słoneczne 3   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748 471 410   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890445626   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata<br>Hausman |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-308, Bystrzycka 2a   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 668852732   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek<br>Zdrowia w Jeżowie Sudeckim     |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jeżów Sudecki 58-521, ul. Długa 15                                     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 757 132 622  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230189083  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek<br>Zdrowia - Filia w Dziwieszowie |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziwiszów 58-508, Dziwiszów 43   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757137143  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Honorata Chmielewska-Przychodnia<br>Lekarska TWÓJ LEKARZ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, ul. Stanisława<br>Staszica 27        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 734 67 67   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 230183502  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "TWÓJ LEKARZ"                       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Stanisława Staszica<br>27            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757346767  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "ESKULAP" Waldemar Leśnikowski i Agnieszka Pawłowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Partnerska z siedzibą w Polanicy Zdrój |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, ul. Warszawska 20   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 868 19 90   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891344241  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ 57-320, WARSZAWSKA 20   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748621290  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "BROCH-MED" SPÓŁKA CYWILNA J.KUPIEC I W.RADOMEK-SEBZDA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 52-114, ul. Węgierska 6                 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/3432113   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932806026  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 55-080, Węgierska 6                            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 34 321 13; 501 964 955                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Medycyny Pracy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, ul. Słoneczna 1  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76 841 02 63   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390991764  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, Słoneczna 1  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 730530708  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raszówka 59-307, 1 Maja 12   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 730530708  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
|  |  |                       |                         |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | WIERZBICKA - OKNIŃSKA & GOŁYŃSKA - BOBA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-211, ul. Stobrawska 2  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 713567900   |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 932756788   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-211, Stobrawska 2  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 713567900   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Franciszek Hertman NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. FRANCISZEK HERTMAN |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolesławiec 59-700, ul. Stefana Starzyńskiego 6D                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 602107169  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 230110390  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Franciszek Hertman NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. FRANCISZEK HERTMAN |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolesławiec 59-700, ul. Stefana Starzyńskiego 6D                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 757343979  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Elżbieta Rybińska-Skóra NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. med. Elżbieta Rybińska-Skóra |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolesławiec 59-700, ul. Stefana Starzyńskiego 6D   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 604556381  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 230442978  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Elżbieta Rybińska-Skóra NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. med. Elżbieta Rybińska-Skóra |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bolesławiec 59-700, ul. Stefana Starzyńskiego 6D   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 0757344538   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |   |                               |                                 |
|---|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ESKULAP" MAJDOWSKA - CIUPIŃSKA, KILIJANEK I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodzko 57-300, ul. Spółdzielcza 4  |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 748657888   |                               |                                 |

|   |                                |                                 |  |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 891419996                      |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Spółdzielcza 4 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 748657888                      |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Aleksandra Kucharczyk                        |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Fabryczna 54-130, bulw. Ikara<br>27c |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 352 18 35                                 |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 891375359                                    |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                              |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-130, Bulwar Ikara 27c             |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713521885                                    |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |                                 |                                 |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b> |                                 | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Elżbieta Nowicka                |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-130, bulw. Ikara 26  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 37 42 713                  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 890418977                       |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                 | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                 |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-130, Bulwar Ikara 26 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 693 075 743                     |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                      |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                 |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Andrzej<br>Banaszak |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radków 57-420, Stołowogórska 2                  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 748 712 222                                     |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 890671216                                       |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radków 57-420, Stołowogórska 2                  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 74 87 12 222                                    |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |   |                               |                                 |
|---|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA<br>RODZINNEGO JAN WOLAŃCZYK |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jedlina-Zdrój 58-330, ul. Wałbrzyska 2/1  |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 74 84 55 978  |                               |                                 |

|   |                                      |                                |                                    |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 890193981                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedlina-Zdrój 58-330, Wałbrzyska 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748455978                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-15                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedlina-Zdrój 58-330, Wałbrzyska 2/1 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748455978                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14                           |                                |                                    |

|   |  |                                |                                |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | "ESKULAP" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością      |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamienna Góra 58-400, ul. Władysława Broniewskiego 26A |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 75/64 55 800   |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 390993065  |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamienna Góra 58-400, Władysława Broniewskiego 26A     |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 756455814  |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                |

|   |  |                                |                                |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" MAŁGORZATA PYZIŃSKA - BARGIEŁ SPÓŁKA JAWNA |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁOGÓW 67-200, ul. Rycerska 4:00 AM  |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 76/8347321   |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 390998708  |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Radwanice 59-160, Głogowska 43   |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 768311471  |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                |

|   |   |                                |                                |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA GAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Krzyki 50-555, ul. Krynicka 51                  |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3361230,71/3731962                                   |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 932723292   |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |



|   |                             |  |          |
|---|-----------------------------|--|----------|
| nazwa:  | Przychodnia GAJ             |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-555, Krynicka 51 |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 573 240 281                 |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                  |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                             |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b> |                                | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Maria Czajkowska               |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 56-300 Gądkowice 49            |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71/384 92 88                   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932837400                      |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gądkowice 56-300, Gądkowice 49 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713849288                      |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                     |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ ALBUS Piotr Siedlecki |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sułów 56-300, ul. Ogrodowa 14B                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 713 847 266  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932839646  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"Albus"               |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sułów 56-300, Ogrodowa 14b                                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713847266  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa:  | "AMICUR - Krystyna Lechka - Florjańska i<br>Partnerzy" - Lekarska Spółka Partnerska" |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Śródmieście 50-311, ul. Elizy<br>Orzeszkowej 55/57                           |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 322 17 44   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 932826388  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia ogólna POZ  |                                 | <b>3</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-311, Elizy Orzeszkowej 55/57  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713225620  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> |                        | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|---|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| nazwa:  | Elżbieta Kacalak       |                               |                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 58-425 Leszczyniec 131 |                               |                                 |
| telefon/ telefony:                                  | 75/742 44 14           |                               |                                 |
| identyfikator REGON                                 | 231138975              |                               |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień                     |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leszczyniec 58-425, Leszczyniec 131 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 75 742 44 14                        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ ELMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Środa Śląska 55-300, ul. Mostowa 19                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 /3176844   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 22348306  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                       |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Środa Śląska 55-300, Mostowa 19                       |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713176844 713176873                                   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "Przychodnia Rejonowo- Specjalistyczna"<br>Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelcz-Laskowice 55-231, ul. Józefa Bożka<br>13                                     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/3182339   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932833260  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna sp.<br>z o.o.                                 |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelcz-Laskowice 55-231, Bożka 13   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 507973202  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MEDICOR S.C.                                   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELCZ-LASKOWICE 55-220, ul. Józefa<br>Bożka 11 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 381 13 46                                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932822730                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Medicor s.c.              |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelcz-Laskowice 55-220, Bożka 11               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713811346                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287      |                                     | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Elżbieta Pyrzańska                  |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, ul. Długa 21/3 |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 606264708                           |                       |                         |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 231144622   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" Filia Kopernika |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | jelenia góra 58-500, kopernika 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757523114   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Mikołaja Kopernika 2                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757523114   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny"                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | jelenia góra 58-508, wrocławska 71                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757521677   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Przychodnia "Lekarz Domowy" Pieszko Spółka Jawna |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-700 Kraśnik Dolny 47 A                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 735 42 90, 75 / 646 62 97                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 231164168  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "Lekarz Domowy" Pieszko Spółka Jawna |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | bolesławiec 59-700, DOLNE MŁYNY 21A              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 756466391  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "TWÓJ LEKARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kobierzyce 55-040, ul. Wincentego Witosa 5                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 311 15 10   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932702999  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kobierzyce 55-040, Wincentego Witosa 5                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713111236  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Śleza 55-040, Przystankowa 2  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713111236   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-025, Skarbowców 121-123  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713111236   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej"Twój Lekarz" Filia we<br>Wrocławiu |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-616, Stanisława Kunickiego<br>37a                                |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713111236   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"Twój Lekarz" filia w Tyńcu Małym  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tyńiec Mały 55-040, Zdrowa 2  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713111236   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej"Twój Lekarz" Filia we<br>Wrocławiu |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-033, Zwycięska 41  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713111236   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | CITODENT RODZINNY SPÓŁKA JAWNA<br>FURTAK-POBROTYN I S-KA.        |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, ul. Dobrzyńska 21/23                             |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 717234736  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932900676  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Medicito Wojewódzka Przychodnia<br>Podstawowej Opieki Zdrowotnej |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-450, Zygmunta Krasińskiego<br>29 piętro III           |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717262662  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Wojewódzka Przychodnia Podstawowej<br>Opieki Zdrowotnej - Filia w Długotęce |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Długoteka 55-095, Wrocławska 24a  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713152115   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | MediCito  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-033, Zwycięska 25-35/15  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 513969054   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"Czarny Bór" Horabik-Lorencik Spółka<br>Jawna |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Bór 58-379, ul. Skalników 5A  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 845 07 60, 601474018  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891481713  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia "Czarny Bór"   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarny Bór 58-379, Skalników 5a  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748450760  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292      |                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | EDMUND KRYŚ                         |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-303, Niepodległości 58 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748434161                           |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 931866575                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | EDMUND KRYŚ                         |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-303, Niepodległości 58 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748434161                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA-NOWY<br>DWÓR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-438, ul. Nowodworska 91 A   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 357 96 11   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932916565  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy  |                         |                                |

|   |                                     |          |
|---|-------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-438, ul. Nowodworska 91a | <b>2</b> |
| telefon/ telefony                                 | 713587853                           |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                          |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Kosmonautów" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-130, ul. Eugeniusza Horbaczewskiego 35   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 352 22 60  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 932913472   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-130, Horbaczewskiego 35  |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713512895   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295      |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | CENTRUM SPECJALISTYCZNE BIOMED BOROWSCY SPÓŁKA JAWNA   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, ul. Piaskowa 15                    |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75/6473480; 89   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 231184107  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Specjalistyczne BIOMED 2 Borowscy Spółka Jawna |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Komuny Paryskiej 14                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 756473480  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kąty Wrocławskie 55-080, ul. Stanisława Staszica 9                        |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71 3167-929   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 932924346   |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI AMBULATORYJNEJ W KĄTACH WROCŁAWSKICH                        |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĄTY WROCŁAWSKIE 55-080, STANISŁAWA STASZICA 9                            |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713166021   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Roztoka 58-173, ul. Jana Pawła II 3               |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 748509179   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 22174214  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Roztoka 58-173, Jana Pawła II 3                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748509179   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
|   |   |                         | <b>1</b>                    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzegom 58-150, Kościelna 4                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 746492277   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
|   |   |                         | <b>1</b>                    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzбно 55-216, Wierzбно 1a                      |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713014866   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
|   |   |                         | <b>1</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA" W SYCOWIE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Syców 56-500, ul. Wrocławska 2   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 627 869 056  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 932952549  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Syców 56-500, Wrocławska 2   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 627855148  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
|   |  |                         | <b>2</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | COR-MED M&S DIALLO SPÓŁKA JAWNA                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemków 59-170, Długa 4                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 76/8319477   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 391031003  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemków 59-170, Długa 4                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768319409 768319477                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |
|   |  |                         | <b>1</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA<br>RODZINNEGO HALINA MELKO |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, ul. Bolesława Chrobrego<br>23B   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713137413  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932089955  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA 55-200, BOLESŁAWA CHROBREGO<br>23B 23B   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713137413  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego<br>S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć                        |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wąsosz 56-210, ul. Słoneczna 1   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 65 / 543 78 95   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932262017  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŚOSZ 56-210, Słoneczna 1   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 65543-78-95  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego<br>S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć filia<br>w Jemielnie   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielno 56-209, Jemielno 109  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 65 544 74 16   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego<br>S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć Filia<br>w Luboszycach |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Luboszyce 56-209, Luboszyce 3  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 65 544 62 04   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
|  |  |                       |                         |



|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | BONITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żmigród 55-140, ul. Zamkowa 26                  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 71 / 385 31 23                                  |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 367622473                                       |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej          |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żmigród 55-140, Zamkowa 26                      |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 713853123                                       |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                      |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | "STRZEGOMSKIE CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzegom 58-150, ul. Wincentego Witosa 7  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | (74)6494450/62  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 891516392   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | STRZEGOMSKIE CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | STRZEGOM 58-150, WITOSA 7   |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 746494450   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | TOMASZ CELMER NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CITO-MED |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowary 58-530, ul. 1 Maja 2A                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 75/718 22 99   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 230063620  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CITO-MED"             |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowary 58-530, 1 Maja 2a                                     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 757182999  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |                                   |                                 |  |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> |                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Witostaw Wiśniewski               |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jerzmanowa 67-222, ul. Brzozowa 5 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 60 18 70 222                      |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390609701                         |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jerzmanowa 67-222, Obiszowska 11  |                                 |  |

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 768312123  |  | <b>1</b> |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ GŁOGOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 67-200, Marii Skłodowskiej-Curie 11                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 76 835 86 55   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366292298  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 67-200, Marii Skłodowskiej - Curie 11                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768358350  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWY SOBIĘCIN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wałbrzych 58-305, ul. Karkonoska 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 848 65 60  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891508889   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wałbrzych 58-302, Wrocławska 10   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748469033   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Anna Krzyszowska - Kamińska               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Krzyki 52-222, ul. Uczniowska 37A |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3687015                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930916578                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 52-222, Uczniowska 37a            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713687015                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | URBANOWICZ EULALIA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" |                              |                                |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Stefana Żeromskiego 45 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | 74/832 51 41                               |                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 891548191                                  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet szczepień                          |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Żeromskiego 45             |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 748325141                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                 |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                 |  |

|   |                                      |                                 |  |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310</b> |                                      | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Andrzej Hac PRO - MED                |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głuszyca 58-340, ul. Grunwaldzka 22A |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 74/8808888                           |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 890215576                            |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                      | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Andrzej Hac PRO - MED                |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głuszyca 58-340, Grunwaldzka 22A     |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 748808888                            |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                           |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                      |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków 31-864, ul. prof. Michała<br>Życzkowskiego 16   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 12 29 50 100   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 356366975  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | MEDYCZNE LABORATORIUM<br>DIAGNOSTYKA                   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 52-013, Opolska 131                            |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 122950100  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Pl.Grunwaldzki   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-384, pl. Grunwaldzki 18-20                  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 122950100  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                 |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-715, ul. Stefana Okrzei 1A |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 126298900                              |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 351618159                              |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne Wrocław Parkowa        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-616, ul. Parkowa 46          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 126298800                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Wrocław Krasińskiego   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-946, Zygmunta Krasińskiego 9 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 126298800                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-676, ul. Postępu 21 C               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 224504500                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140723603                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wałbrzych 58-306, Uczniowska 16                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 746334680                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-609, Fabryczna 6                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713882340                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-024, Świdnicka 40                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717475100                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-088, Swobodna 1                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717564100                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-082, Piotra Skargi 3                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717571552                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                              |                                |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-807, al. Aleje Jerozolimskie 96       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 22 592 70 00                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 12396508  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CM Wrocław Tarasy Grabiszyńskie                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-001, Grabiszyńska 240                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500900530   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CM Wrocław Globis                                 |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 7a            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500900530   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CM Wrocław Strzegomska                            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-611, Strzegomska 36                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 500900530   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 00-195, ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 222307007   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 140802685   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Oddział Arkady Wrocławskie                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-333, ul. Powstańców Śląskich 2-4       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 224340909   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | POLMED SPÓŁKA AKCYJNA                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Starogard Gdański 83-200, os. Mikołaja Kopernika 21 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 58 77 50 919  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 192110780   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE POLMED -Punkt szczepień            |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCLAW 53-235, GRABISZYŃSKA 208                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 887414883   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |

| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | INVICTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gdańsk 80-172, ul. Trzy Lipy 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 58 58 58 800   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 192766523  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Kliniki i Laboratoria Medyczne INVICTA                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-235, Grabiszyńska 186/1b                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 585858810  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ELION KLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelin 57-100, ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 20/3                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 392 44 74   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 368645401  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Elion Praktyka Medyczna  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelin 57-100, J. Ig. Kraszewskiego 20/3                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713924474  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-009, ul. Borówczana 50  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 361 7775  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930214994  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-407, Pretficza 40G/1C   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713617775  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-417, ul. gen. Romualda Traugutta 57/59                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 717120700  |                                |                                    |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 301277131   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Bonifraterskie Centrum Rehabilitacyjno-<br>Opiekuńcze |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, 1-go Maja 9                 |                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | 575991444   |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                 |  |

|   |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE<br>DOLMED SPÓŁKA AKCYJNA |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-674, ul. Legnicka 40                        |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 713550974  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 20126777   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                      |                                 | <b>4</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-674, Legnicka 40                            |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 717711777  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                      |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lutynia 55-330, Kościuszki 37                          |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 717351815  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Centrum Badań Klinicznych Piotr Nاپora<br>lekarze spółka partnerska |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-162, ul. Jana Długosza 4                                 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 729 70 03  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 20099827  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Badań Klinicznych Przychodnia<br>Badań Klinicznych          |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-162, Długosza 4  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 71 3084454  |                                 |  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                 |  |

|   |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> |   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | "Centrum Medyczne" M.Szewczyk i S-ka,<br>sp.j.            |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Śródmieście 51-651, ul.<br>Fryderyka Pautscha 5/7 |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 345 24 76  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 933045635   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia(gabinet)podstawowej opieki<br>zdrowotnej         |                                 |  |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-651, Fryderyka Pautscha 5/7 |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 713452476                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne                       |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-651, PAUTSCHA 5/7           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 713452476                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14                             |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ŚRÓDMIEŚCIE A. NOCOŃ,<br>P. NAPORA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-349, ul. Henryka Sienkiewicza 37/39                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71/321 32 20   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 933038434  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Śródmieście  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-349, Sienkiewicza 37/39                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713213220  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE AD- MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-539, ul. Jabłeczna 14/17                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 608519352  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21894998   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA DLA RODZINY  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-141, Syrokomli 1                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713256760  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wschowa 67-400, ul. ks. Kostki 33                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 65/540-27-61   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 320233950  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Górze           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Góra 56-200, Armii Polskiej 8                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 504897632  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNE CENTRUM<br>PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZE "EWA-<br>MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, ul. Trzebnicka 49  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713101413   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 20364956  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OBORNIKI ŚLĄSKIE 55-120, TRZEBNICKA<br>49   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 797027675   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | KCM CLINIC SPÓŁKA AKCYJNA               |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, ul. Bankowa 07-maj |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 756452000                               |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21685332                                |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | punkt szczepień                         |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Bankowa 5-7        |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756452000                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "PRO VITA" S.C. MARLENA TERCZYŃSKA<br>PIOTR TERCZYŃSKI |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, ul. Mikołaja<br>Kopernika 11H/2    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 746 451 718  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 20340281   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | PRO VITA S.C. MARLENA TERCZYŃSKA<br>PIOTR TERCZYŃSKI   |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, Kopernika 11h-2                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746451718  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA<br>KRZYSZTOF" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-300, ul. Bolesława<br>Chrobrego 2   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 746 643 087,00   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 21322339   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień                         |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-300, Bolesława Chrobrego 2 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746643087                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331      |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | MARIA BUJNOWSKA-FEDAK MODELOWA<br>PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, ul. Władysława<br>Syrokomli 1                 |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 71 3260203  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 930954604   |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MARIA BUJNOWSKA-FEDAK MODELOWA<br>PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, Syrokomli 1                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 3260203  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | Mirosława Jaksoń   |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienna Góra 58-400, ul. Marii<br>Skłodowskiej-Curie 13-lut |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 606 996 525  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 230474168  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Rodzina |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienna Góra 58-400, Kościuszki 6               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 757432893  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333      |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | M.Drelichowska i P. Hajdamowicz Spółka<br>Jawna - REMEDIS |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Fabryczna 54-610, ul. Mińska 5                    |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 790332344   |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 20231994  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"REMEDIS" Sp. j. |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-610, Mińska 5                                  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 790332344   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334      |                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Danuta Powierza                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Wolności 148 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 74 6452953, 601 544 299          |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 890272479                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, WOLNOŚCI 148     |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 746452950                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                         | <b>1</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-224, pl. Strzelecki 24               |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71/3236300                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 930957985                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia otorynolaryngologiczna                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-224, plac Strzelecki 24              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713236300                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Łużycka 9   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 74 / 865 80 16  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 20609760  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Sp. z o.o.                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Łużycka 9   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748677999   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | EDWARD SZENDRYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NZOZ AMICUS" |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, ul. Świętosławy 1/5                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 655 432 136   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 410219876   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, Świętosławy 1/5  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 655432136   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         | <b>1</b>                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-19  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ATENA" ROBERT ZIMOCH   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 55-100 Ujeździec Wielki 37b   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600816852   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930997097   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ujeździec Wielki 55-100, Ujeździec Wielki 37b   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 600816852   |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | JOLANTA COP NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA" W ŁĄDKU ZDROJU   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁĄDEK-ZDRÓJ 57-540, UL. WŁADYSŁAWA BRONIEWSKIEGO 22   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748147332   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 890454789   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łądek Zdrój 57-540, ul. Kościuszki 15   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748146910   |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Rodzinna "Familia" Elżbieta Jaworska i Adam Ślusarczyk Spółka Partnerska Lekarzy |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piława Górna 58-240, ul. Piastowska 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 74/8371240  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 20307183  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piława Górna 58-240, Piastowska 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506131433   |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "PHARMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-560, ul. Zielona 6/1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 64 23 000  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 20809134                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PHARMED                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, Zielona 6/1             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 756423000                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PHARMED                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowice Wielkie 58-520, Wojska Polskiego 16 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757515117                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Artur Tokarczyk   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, ul. Stanisława Wyspiańskiego 10/5                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75/7718525  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 20860840  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARTMED                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żarska Wieś 59-900, Żarska Wieś 53/1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757718525   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ARTMED - Przychodnia Lekarska w Zgorzelcu |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, Wyspiańskiego 35a/2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 075 771-74-60   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZE ZDROWIE" PICHŁAK, SZATANIK - PRAKTYKA LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Podgórzyn 58-562, ul. Żołnierska 50   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 757621230   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 20831636  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Podgórzynie  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Podgórzyn 58-562, Żołnierska 50   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 508231333   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Sosnówce |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sosnówka 58-564, Strażacka 7                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 508231333   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Miłkowie |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miłków 58-535, MIŁKÓW 70A                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 508231333   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | FUNDACJA "WROCŁAWSKIE HOSPICJUM DLA DZIECI"                   |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Śródmieście 50-260, ul. Jedności Narodowej 47/47a/49a |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3675109  |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 20598370  |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | FUNDACJA WROCŁAWSKIE HOSPICJUM DLA DZIECI                     |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-260, ul. Jedności Narodowej 47/47a/49a             |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 516290600   |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                |

|   |  |                                |                                |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | Małgorzata Marcinowska                         |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodzko 57-300, ul. Wolności 61                |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 748 146 315                                    |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 891047939                                      |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALBA-MED |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lądek Zdrój 57-540, Strażacka 2/1              |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 748146315                                      |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                |

|   |  |                                |                                |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| nazwa:  | OŚRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sobótka 55-050, ul. Strzelców 2                                    |                                |                                |
| telefon/ telefony:                                  | 071 390 38 38  |                                |                                |
| identyfikator REGON                                 | 21003321   |                                |                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> |                                |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sobótka 50-050, Strzelców 2  |                                |                                |
| telefon/ telefony                                   | 713394978 713394968 713394960                                      |                                |                                |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                |

| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Anna Petrov   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 67-221 Pęcław 30  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 697968596   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 390737391   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Medica"   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 67-221 Pęcław 30  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768317181   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LUBOMED Spółka cywilna Dariusz Dąbrowski, Magdalena Dąbrowska |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubomierz 59-623, ul. Gryfiogórska 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 78 33 550  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21092649  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LUBOMED Spółka cywilna Dariusz Dąbrowski, Magdalena Dąbrowska |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubomierz 59-623, Gryfiogórska 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757833550   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczerzeń   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mirsk 59-630, kpt. Stanisława Betleja 15a   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757817912   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |   | <b>szczerzenie personelu</b>   | <b>szczerzenie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LIFE-MED S.C.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodzko 57-300, ul. Tadeusza Kościuszki 9A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748143485   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21773912  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczerzenie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LIFE-MED s.c.   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodzko 57-300, Kościuszki 9A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748143485   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | WETO-MED MAŁGORZATA WALIGÓRA I MARIA STANEK-PIOTROWSKA. SPÓŁKA JAWNA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 50-555, UL. KRYNICKA 20-22                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71/7901098   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 21215916   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-555, Krynicka 20-22                                       |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 717901098  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351      |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | TOMASZ TUCHENDLER DR N. MED. CENTRUM MEDYCZNE T&T MEDICAL |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-008, ul. Okrężna 64                            |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 713 332 499   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 20172620  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE T&T MEDICAL                              |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 53-030, PRZYJAŻNI 6/ U1                           |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713332499   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PRZYCHODNIA "SKOMED" MARZENA KALIWODA-FUCHS SPÓŁKA JAWNA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Osiecznica 59-724, ul. Zacisze 1                         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 607 40 19 23   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 21343844   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA "SKOMED" MARZENA KALIWODA-FUCHS SPÓŁKA JAWNA |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Osiecznica 59-724, Zacisze 1                             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757328633  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353      |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marciszów 58-410, ul. Szkolna 4A                             |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75 / 74 19 036, 75 / 74 10 236                               |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 21181130   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej     |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARCISZÓW 58-410, SZKOLNA 4A                                 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757410236  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                             |



| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
|---|--|---------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | GRZEGORZ NIEMIEC<br>OGRODOWA.WROC.PL   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-019, ul. Pawła Eluarda 7  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 71/349 2721  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 20706196   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet szczepień  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-019, Eluarda 7  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 713492721  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Pielęgniarstwo Środowiskowo-Rodzinne<br>Agnieszka Juszcak  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Legnica 59-220, ul. Szpakowa 44  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 76/7211770   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 21468563   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Legnica 59-220, Aleja Rzeczypospolitej<br>116  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 793874893 600990705  |                                 | <b>2</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W ŁAGIEWNIKACH SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łagiewniki 58-210, ul. Sportowa 9  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 074 89 39 399  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 21510667   |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w<br>Łagiewnikach  |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łagiewniki 58-210, Sportowa 9  |                                 |  |
| telefon/ telefony                                   | 748939399  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                 |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                 |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:  | Jerzy Hajdukiewicz   |                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 59-720 Raciborowice Górne 194  |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                  | 757389395  |                                 |  |
| identyfikator REGON                                 | 390594773  |                                 |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "LEKMED" Jerzy Hajdukiewicz  |                                 |  |

|   |   |          |
|---|---|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warta Bolesławiecka 59-720, Warta Bolesławiecka 29a/2 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 757389980   |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | MEDICONE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-130, bulw. Dedala 9B                                     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 717127730   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 21639800  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                      | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-130, bulw. Dedala 9B                                     |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 692449999   |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359      |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SALMED Przychodnia Specjalistyczna Aleksandra Kawalec                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzice 58-160, ul. Królowej Elżbiety 84                                |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 600341649   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 21100521  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SALMED Przychodnia Specjalistyczna ŚWIEBODZICE 58-160, KRÓLOWEJ ELŻBIETY 84 |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE 58-160, KRÓLOWEJ ELŻBIETY 84                                    |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 74 664 97 69  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360      |                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | SALUS Tomasz Grześkowiak         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlec 55-095, ul. Wrocławska 8 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 512-616-234                      |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 21811736                         |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SALUS Ośrodek Zdrowia w Siedlcu  |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlec 55-095, Wrocławska 8     |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713987628                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SALUS Ośrodek Zdrowia w Łozinie  |                      | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łozina 55-095, Milicka 16        |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713154854                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "MEDFEMINA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-570, ul. Jerzego Kukuczki 5/8                        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 512897055  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21835091   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Zdrowia Medfemina sp. z o.o.<br>s.k.                           |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-570, Jerzego Kukuczki 5/8                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 512897055  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | A2 CLINIC A.KRAWCZYK - JAGMIN,<br>A.KOSIŃSKA SPÓŁKA JAWNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, ul. Władysława Broniewskiego 87A        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74/6668777  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 20874380  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Internistyczna                                   |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, Władysława Broniewskiego 87A            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746668777   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Mirosława Okowińska                         |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, os. XXV-lecia PRL 30/14     |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 601 144 414                                 |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890343140                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień                             |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, JANA III SOBIESKIEGO<br>19A |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 500112078                                   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Praktyka Chirurgiczna Adam Paszkowski   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielany Wrocławskie 55-040, Nektarowa 1 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 669090000                               |                         |                                |
| identyfikator REGON                               |   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Chirurgiczna                   |                         |                                |

|   |   |          |
|---|---|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielany Wrocławskie 55-040, Nektarowa 1 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 669090000                               |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne Provita Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica 55-100, ul. św. Jadwigi 27A-B                          |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 603246712  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21907293   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica 55-100, Świętej Jadwigi 27ab                           |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 697626505  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "Milickie Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością" spółka komandytowa |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, ul. Mikołaja Kopernika 3   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713 844 905   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21958391  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Milickie Centrum Zdrowia spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, Mikołaja Kopernika 3   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 797307832   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MASTERMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, ul. Mikołaja Kopernika 12        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71-396-28-65                                      |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21423916  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                   |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, Kopernika 12                     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713962865   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
|  |  |                       |                         |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | RODZINNA PRZYCHODNIA LEKARSKA<br>ADAM ZIELIŃSKI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KAMIENICA 58-512, 59b                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 75/7514230                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 431185603                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | RPL ADAM ZIELIŃSKI                              |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KAMIENICA 58-512, 59b                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757514230                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MEDI PARTNER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-677, ul. Cybernetyki 19                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 224316969   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 146063190   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Medi Partner Wrocław                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-335, Henryka Sienkiewicza<br>34a             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900800   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "GEMINI - MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żychlin 56-100, 1C  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 389 79 90  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21639935  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gemini-Med Sp. z o.o.                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wołów 56-100, Trzebnicka 20/4                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713897990   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ MEDICUS PLUS SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamieniec Żąbkowicki 57-230, ul.<br>Nauczycielska 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 774317867  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 161586498  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamieniec Żąbkowicki 57-230,<br>Nauczycielska 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748173181  |                                |                                    |

|                           |            |  |  |
|---------------------------|------------|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | DOBICKA-LASKOWSKA & ZADORSKI<br>LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAŻWINA 58-212, JAŻWINA 113A                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 720700577  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360175597  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOBICKA-LASKOWSKA & ZADORSKI<br>LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁAGIEWNIKI 58-210, JEDNOŚCI<br>NARODOWEJ 30                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 720700577  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DOBICKA-LASKOWSKA & ZADORSKI<br>LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JAŻWINA 58-212, JAŻWINA 113A                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748938036  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń 87-100, ul. Forteczna 35-37                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 723995173, 514773048, 669492155                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 341477181  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Konsylium Głogów                         |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁOGÓW 67-200, GWIAZDZISTA 5A                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 76 8339444 76 8339460                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Pro Familia Dzierżoniów                  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERŻONIÓW 58-200, POPRZECZNA 16                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748323808  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Pod Wierzbami Dzierżoniów                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DZIERŻONIÓW 58-200, WIERZBOWA 1                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 74 831 26 13; 74 832 33 00                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |                                       |          |
|---|---------------------------------------|----------|
| nazwa:  | Przychodnia Pro Familia filia Niemcza | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMCZA 58-230, CHROBREGO 50          |          |
| telefon/ telefony                                 | 748376868                             |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                            |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "PRZYCHODNIA ZDROWIA GAMBIT"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubawka 58-420, al. Wojska Polskiego 16                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 757449695, 757449667,  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 22501370   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZDROWIA GAMBIT SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubawka 58-420, Al. Wojska Polskiego 16                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 724206274  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | PENSIJONAT POGODNEGO SENIORA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Żąbkowicki 57-230, ul.<br>Zamkowa 4A                             |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 609495596  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 22379459   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | PENSIJONAT POGODNEGO SENIORA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Żąbkowicki 57-230, Zamkowa<br>4a                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748303965  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SOLARZ BARTOSZ PPHU "SOLARIS"<br>IMPORT-EXPORT |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuszycza 58-340, ul. Sienkiewicza 59A         |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 606166712                                      |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 20640652                                       |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Solaris                       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuszycza 58-340, Sienkiewicza 59A             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748421400                                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-456, ul. Dworcowa 11B   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 693424008  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 382992698  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Nasz gabinet Wrocław   |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-456, Dworcowa 11B   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 508 777 223  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka<br>Lekarska w dziedzinie medycyny pracy lek.<br>Paweł Jaranowski |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-203, Legnicka 61/205  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 717475400  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               |  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka<br>Lekarska w dziedzinie medycyny pracy lek.<br>Paweł Jaranowski |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-203, Legnicka 61/205  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717475400  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | WISMED Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością   |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 52-129, ul. Antonia<br>Vivaldiego 96 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 501104130   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 361014181   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                     |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-129, Antonia Vivaldiego 96               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717234783   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380      |   | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | BLUMED Praktyka Lekarza Rodzinnego<br>Małgorzata Rzepka |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żerniki Wrocławskie 55-010, ul. Kolejowa<br>22          |                       |                         |



|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 600330742                               |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 20645721                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żerniki Wrocławskie 55-010, Kolejowa 22 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 734466609                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "MEDFEMINA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SZPITAL SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-558, Borowska 262   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604158128  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 362067363  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Medfemina  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-558, Borowska 262   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713330003  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Medfemina  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 54-118 Wrocław (Parking Stadionu Miejskiego); aleja Śląska 1                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 517595962  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PHM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-203, ul. Legnicka 61   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 369 93 60  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 360968889   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PHM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Przychodnia Specjalistyczna OWS |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-349, Sienkiewicza 58-60  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 789 213 989; 713 474 504  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Specjalistyczna OWF   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-203, Legnicka 61   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 789 213 905; 713 490 360  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383      |   | szczerpienie personelu   | szczerpienie populacyjne    |
|---|---|--------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jolanta Ceglarska   |                          |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tyniec Mały 55-040, ul. Tarnopolska 10  |                          |                             |
| telefon/ telefony:                                | 509845170   |                          |                             |
| identyfikator REGON                               | 362718270   |                          |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | K-Med NZOZ  |                          | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borów 57-160, Parkowa 4   |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 509845170   |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384      |   | szczerpienie personelu   | szczerpienie populacyjne    |
| nazwa:  | RENMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                          |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borek Strzeliński 57-160, ul. Klonowa 22  |                          |                             |
| telefon/ telefony:                                | 607511607   |                          |                             |
| identyfikator REGON                               | 362763453   |                          |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego   |                          | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borek Strzeliński 57-160, Strzelińska 22  |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713930514   |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385      |   | szczerpienie personelu   | szczerpienie populacyjne    |
| nazwa:  | Strońskie Centrum Medyczne im. Marianny Orańskiej spółka cywilna Maria Dukat-Krzonkalla Wojciech Krzonkalla |                          |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stronie Śląskie 57-550, ul. Hutnicza 12   |                          |                             |
| telefon/ telefony:                                | 748142901   |                          |                             |
| identyfikator REGON                               | 22509318  |                          |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | punkt szczerpień  |                          | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stronie Śląskie 57-550, Hutnicza 12   |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748142901   |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                          |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczerpienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczerpień  |                          | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lądek-Zdrój 57-540, Ostrowicza 1  |                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 570104000   |                          |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                          |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                          |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386      |   | szczerpienie personelu   | szczerpienie populacyjne    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | OLIMPIAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-504, ul. Marca Polo 21/1                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 717287288  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 362780196  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Olimpiamed NZOZ                        |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-504, Marca Polo 21/1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 71 7287288   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA ASHRAF ALASHI        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tyniec Mały 55-040, ul. Zachodnia 1    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601 799 626                            |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 20243856                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO A-MED      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OBORNIKI ŚLĄSKIE 55-120, TRZEBNICKA 37 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713878853 881555576                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | DR EWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kąty Wrocławskie 55-080, Brzozowa 8            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 609428577                                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 365392773                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | DR EWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kąty Wrocławskie 55-080, Brzozowa 8            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713166030                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-034, ul. Kamiennogórska 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 662 007 010  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366037011  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |                                      |  |          |
|---|--------------------------------------|--|----------|
| nazwa:  | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY      |  | <b>2</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 54-034, KAMIENNOGÓRSKA<br>10 |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 662 007 010                          |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MIĘDZYWOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA<br>SPORTOWO-LEKARSKA SPÓŁKA AKCYJNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-612, al. Ignacego Jana<br>Paderewskiego 35            |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713 473 012  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 367091870  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny POZ                              |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-612, al. Ignacego Jana<br>Paderewskiego 35            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713483734  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | SIEĆ BADAWCZA ŁUKASIEWICZ - PORT<br>POLSKI OŚRODEK ROZWOJU<br>TECHNOLOGII |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-066, ul. Stabłowicka 147                                       |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71 720 16 01  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 386585168   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | MEDYCZNE LABORATORIUM<br>DIAGNOSTYCZNE                                    |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-066, ul. Stabłowicka 147<br>bud. 4                             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 607350317   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | "FUNDACJA ABDOMED CAŁODOBOWA<br>POMOC MEDYCZNA" SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWO- AKCYJNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-142, ul. Wacława<br>Gąsiorowskiego 38                               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 717071300  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 367930743  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | FUNDACJA ABDOMED CAŁODOBOWA<br>POMOC MEDYCZNA                                  |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-142, GAŚSIOROWSKIEGO 38   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 601708345  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | BENAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-518, ul. Strachocińska 159              |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 668126069  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 367556523  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | BENAMED CENTRUM MEDYCZNE                           |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-518, Strachocińska 159                  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 573446160  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MT MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ     |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-228, ul. Inżynierska 47A/U22               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 664198903   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 369920625   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | MammaMed Centrum Opieki<br>Ginekologiczno-Położniczej |                         | <b>11</b>                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-228, Inżynierska 47A/U22                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 510100058   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | ANALGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-332, ul. Powstańców Śląskich<br>95        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 693558212  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 366545807  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia leczenia bólu                               |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 95               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717571111  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396      |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:  | MEDICALSPEC CENTRUM MEDYCZNE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-128, ul. Marsowa 8A   |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 519430538  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 382380127  |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | MedicalSpec Centrum Medyczne          |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-428, Żelazna 34 / lok. 106 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 883555891                             |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                            |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SMILE EXPERT SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-456, ul. Dworcowa 11B  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 693424008   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 382085925   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | SMILE EXPERT  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 52-218, GROTA ROWECKIEGO<br>76  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 508 777 224   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398      |  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | VITA MANAGEMENT SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-123, ul. Oławska 15                             |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713 432 265  |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 363473349  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-123, Oławska 15                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 0713432265   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399      |   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ PRZYCHODNI KORMED SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, ul. Romana Dmowskiego 9                               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 768706690   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 383840128   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | <b>7</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jawor 59-400, Romana Dmowskiego 9                                   |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 76 8711302 76 870 66 90   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
|  |  |                       |                         |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA JOANNA NEC-BAGIŃSKA I ARKADIUSZ BAGIŃSKI SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernica 55-003, ul. Wojska Polskiego 9                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 48601297145   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 383924300   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA JOANNA NEC-BAGIŃSKA I ARKADIUSZ BAGIŃSKI SPÓŁKA JAWNA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernica 55-003, Wojska Polskiego 9                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717575190   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NOVUM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kiełczów 55-093, ul. Wrocławska 42                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 717234986  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 382960072  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kiełczów 55-093, Wrocławska 42                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717218124  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SURIMA PROFESSIONAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-029, ul. Kielecka 6AB                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 696014637   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 147204059   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | ZL Surima Professional sp. z o.o.                           |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-029, Kielecka 6AB                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 696014637   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MULTIMEDIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-318, ul. Zakrzowska 19A                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713253446  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 366991040  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Multimedika  |                                |                                    |

|   |                                |          |
|---|--------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-318, Zakrzowska 19a | <b>3</b> |
| telefon/ telefony                                 | 601799905                      |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Łukasz Kozyra  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-643, Zachodnia 17/2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713555456  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930980240  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-652, Kruszwicka 6-8,  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713555456  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Miękinia 55-330, Lipowa 31   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713178185  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Mieszko" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, ul. Mieszka I 10   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748568787   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 89105887700023  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, ul. Mieszka I 10   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748568787   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-14  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Lekarska Ryszard Rygus |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bielawa 58-260, Dzierżoniowska 21            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748331026                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Lekarska Ryszard Rygus |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bielawa 58-260, Dzierżoniowska 21            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748331026                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-14                                   |                                |                                    |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - TERESA SZCZYPEL |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wiązów 57-120, ul. Strzebińska 18             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 501 555 296                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932071228                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Szczypel   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wiązów 57-120, Strzebińska 18                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713931221                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-14                                    |                                |                                    |

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

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendecki  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń                        |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia                                       | X  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-18   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | X  |
| Data dodania do wykazu   | 2021-01-18   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendeci  
/dokument podpisany elektronicznie/

Wojewoda  
Jarosław Obremski  
Wojewoda Dolnośląski  
/dokument podpisany elektronicznie/