



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

---

Wrocław, dnia 4 lutego 2021 r.

Poz. 615

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

z dnia 4 lutego 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 z późn. zm.) 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 4 lutego 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 | doraźne 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 / 67-210 / 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 | 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 / 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 | doraźne 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 ZAKAŹNY 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                                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|
| 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 |  |                                  |  |  |                                  |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                                                                                                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |                                  |  |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-300 / Batorego 4                                                                                                                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| 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                                                                                                                                                            |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |  |                                  |  |  |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-309 / Alfreda Sokółowskiego 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) |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| 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 Sokółowskiego 4                                                                                                                                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| 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 Sokółowskiego 4                                                                                                                                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                        |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  | I                                |
| 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 Sokółowskiego 4                                                                                                                                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                        |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |  |  | II                               |
| 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:                                            | 1                                             |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu (1 ambulans) |
| telefon/ telefony                                 |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12                             |
| Data dodania do wykazu                            |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | 999/112                                                     |
| 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:                                            |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                 |
| telefon/ telefony                                 |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12                             |
| Data dodania do wykazu                            |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | 571334831                                                   |
| 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:                                            |                                               | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I POZIOM                                                    |
| telefon/ telefony                                 |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12                             |
| 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:                                            |                                               | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II POZIOM                                                   |
| telefon/ telefony                                 |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12                             |
| 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:                                            |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | Izba Przyjść                                                |
| telefon/ telefony                                 |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105                         |
| Data dodania do wykazu                            |                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | 713349479; 713349424                                        |
| 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           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |                                                             |





|                                                   |  |                                                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| nazwa:                                            |  | II POZIOM                                           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5         |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 |  |                                                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            |  | 2020-10-02                                          |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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                         |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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                                            |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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 |  | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |



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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                            | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MIESZKO" 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 |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |                                          |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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)                                                                                                                   | 5                      |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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                                                                             |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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)                                                                                                                                       |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | M |  |
| 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 | punkt pobrań                     |
| 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 | punkt pobrań                     |
| 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 | punkt pobrań                     |                                  |  |  |  |  |  |  |  |     |
| nazwa:                                            |  | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze (1 ambulans)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |     |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |                                  |  |  |  |  |  |  |  |     |
| 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                                                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5                                                                                        |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                            |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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 WROCLAWIU                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 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                                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 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                                                                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 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                                                                                                                   |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32                                                                                             |                                | 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 | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32                                           |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                          |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-14                                                               |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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:                                            | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:<br>- CHIRURGIA OGÓLNA              |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32                                           |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                          |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-23                                                               |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31 (wykreślenie zakresu ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU) |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |                                                                                      | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCZYNY 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                                                                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                    |                                | 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 | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                         |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15                                        |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |                                                        | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| 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 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                  | 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:                                            | Centralna Izba Przyjęć                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2                                                                                                                                                                                                                  |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | IP oddziału chorób wewnętrznych i geriatry 71 37 74 205, kom. 883 372 778<br>IP oddziału ginekologiczno – położniczego 71 37 74 143, kom. 883 372 769<br>IP oddziału pediatryczno- reumatologicznego 71 37 74 100, kom. 667 977 745, 535 372 744 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    | 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 | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2                                           |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | od poniedziałku do piątku: 667 977 733<br>sobota i niedziela: 667 977 760 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |
| Data dodania do wykazu                            |                                                                           |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2020-12-17                                                                |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                 | transport sanitarny ** | leczenie | 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 / 52-144 / Warszawska 2 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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:                                            | Punkt Pobrań (dla samochodów)   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 667 977 733                     |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |
| Data dodania do wykazu                            |                                 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| 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 *                  |                                                                                         |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| nazwa:                                            | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:<br>- POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA,<br>- NEONATOLOGIA |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2                                                         |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                         |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-11-30)                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-02-15                                                                              |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |                                                                                  | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105                                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 717831375, 601581550 od 7.30-15.05                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 932717392                                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                 | 71 78 313 71 od 7.00 - 15.00                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                         |                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |                                                    | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | EMC INSTYTUT MEDYCZYNY SPÓŁKA AKCYJNA              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 54-144 / Piłczycka 144/148               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 661 300 321, 600 080 811                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 933040945                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | ZĄBKOWICE ŚLĄSKIE / 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 641 34 01                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Wrocław / 54-144 / Piłczycka 144/148                                                  |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                                                            |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A        |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15             |                                | 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 | 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                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15             |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49                                   |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 8111577<br>607 798 559                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49                                   |                                | 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | II POZIOM                                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49                                   |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| 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 |                                | 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 | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-13                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                          | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 76 8703014 wew 1                         |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3             |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 |                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-12 (obowiązuje od 2020-11-10)    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 573 256 795                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-30                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | II POZIOM                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3             |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-12 (obowiązuje od 2020-11-10)    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                                               | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej                         |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 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                                                   |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                      |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6                           |                                | 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 | JELEŃ GÓRA / 58-506 / Michała Kleofasa Ogińskiego 6                           |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                                   |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797906783, 757449233                                                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   | czynny w godzinach 8:00-13:00                                                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-22                                                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 ambulanś) | 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 całonocowo 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                                                                                                                                                                                                                      |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1                                                                                                                                                                                       |                        |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |    |  |
| 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 |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                    |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| 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 Przyjęć                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | 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 tużycie 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                                                                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4                                                                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | 5                                |
| 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 |                                  |



| 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 | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                         |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| 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                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 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 | OLEŚNICA / 56-400 / Armii Krajowej 1 |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |                                  |
| 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                                          |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                        | 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 | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15                                        |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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:                                            | Punkt Pobrań                                      |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 71 31 13 99                                       |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-15                                        |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |                                                                       | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 86 21 162                                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 020493961                                                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 74 86 21 162                                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 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 | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 74 66 34 397<br>571 324 797                                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | S  |
| 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 | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 |                                                                         |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | II |
| 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:                                            | "Strzeleńskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wroclawska 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 Przyjęć                                                            |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wroclawska 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 / Wroclawska 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 / Wroclawska 46                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 |                                                                         |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  | I  |
| 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                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |                                  |    |



| 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                                           |                        |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 |                        | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55          |                                | 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 | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| 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                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| 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                                                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11                                              |                                |                                           |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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                                                                   |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-05                                                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |                                                                                                | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Karpacz Spółka Akcyjna                                                        |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony:                                | w godz. 7:30 – 15:00: tel. 883 358 121                                                         |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 231093020                                                                                      |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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 | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 883 358 135; 883 358 138                                                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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 | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13                                                                |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | I  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-09-15                                                                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |                                                                                                | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| 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:                                | 75 75 47 100                                                                                   |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| identyfikator REGON                               | 231035778                                                                                      |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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 | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1                                                      |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                 | 75 75 47 100                                                                                   |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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 |    |



| 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 Złotoryi                                     |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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.                           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Wałbrzych / 58-300 / Bolesława Chrobrego 2                         |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 513 869 721, 513 870 184                                           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |  | rodzaj realizowanych świadczeń                                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            |  | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.                                  |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 57-300 KŁODZKO KUSOCIŃSKIEGO 3A                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 74 640 44 44                                                       |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 891064033                                                          |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| 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:                                            |  | SALUS CENTRUM MEDYCZNE oddział główny                              |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 57-300 KŁODZKO KUSOCIŃSKIEGO 3A                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 74 640 44 44- porady lekarskie; 733 609 232- porady pielęgniarstwa |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  |                                                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                                    |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |  | rodzaj realizowanych świadczeń                                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            |  | MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W LUBINIE                           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 66                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 76/8460-300, 76/8460-110                                           |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 390360673                                                          |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| 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 w Lubinie                                              |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54                     |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 665364478                                                          |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| 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 |  | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60                  |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 76 8460285                                                         |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| 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 | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 54-60                                           |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-10-27                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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                                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| telefon/ telefony                                 |  | 504 897 632                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| 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 / Stępińska 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                                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WROCLAW / 50-148 / Biskupia 8a                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| 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                                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WROCLAW / 50-381 / Nauczycielska 2                                           |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| 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                                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WROCLAW / 50-507 / Ziębicka 34-38 (teren Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu) |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| 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 / Mickiewicza 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 ŚLAŃSKIE / 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 Uzdrawiskowe 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 Uzdrawiskowe "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 Uzdrawiskowe "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 Uzdrawiskowy 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    | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                      |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | NZOZ Sal-Med Prywatne Pogotowie Ratunkowe Sp. z o. o. (2 ambulanse) |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Starojawska 29b                                    |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 999/112                                                             |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-16                                                          |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-31                                                          | 2                              |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| 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               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WALBRZYCH / 58-300 / Stefana Batorego 4               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                       |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01)                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                                | X                                         |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74       |                                                                                                                            | rodzaj realizowanych świadczeń |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 74 81 17 200                                                                                                               |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| identyfikator REGON                               | 890053731                                                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| 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:                                            | Izolatorium - 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU |                                |                                           | X           |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8                                                                                  |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 609 444 787                                                                                                                |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-25                                                                                                                 |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                            |                                |                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |

04.02.2021

\* 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 | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | <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 PSY | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | <b>X</b>                                                       |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | <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 PDT | <b>X</b>                                                       |

|                                                                                                                                |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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**

| <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 | <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**

| <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 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 Zespól 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/>miejsu)</b> |
| nazwa:                                            | Powiatowy Zespól 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/>miejsu)</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/>miejsu)</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/>miejsu)</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 |                         | <b>1</b>                    |
| 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 | <b>W</b>                |                             |
| 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  |                         | <b>1</b>                    |
| 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                 | <b>W</b>                |                             |
| 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                                         |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 71 301 13 89                                      |                         |                             |
| 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 Polikliniką Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-981, Rudolfa Weigla 5                                                                                                             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 717274130                                                                                                                                    |                         |                             |
| 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                                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU | W                       |                             |
| 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                         |                                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI WE WROCŁAWIU | W                       |                             |
| 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                         |                                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia MSWiA we Wrocławiu                                                                              |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-501, Grabiszynska 35-39                                                                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 717984705; 717984740; 882132915                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia MSWiA w Jeleniej Górze                                                                          |                         | 1                           |
| 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                         |                                                                                                             |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA MEDINET NZOZ     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | do godz. 15 71 32 09 450                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 390775606                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA MEDINET NZOZ     | W                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 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:                                            | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca<br>"MEDINET" - Szpital Wrocław |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-124, Kamieńskiego 73A                                 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 713209450                                                        |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                       |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                 |                                        |

|                                                    |                                                                            |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                            | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | "Strzelińskie Centrum Medyczne" Spółka z<br>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<br>659                              |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                | 020608708                                                                  |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | "Strzelińskie Centrum Medyczne" Spółka z<br>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Powiatowe Centrum Medyczne w<br>Wołowie Sp. z o.o. |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów<br>Wojennych 26         |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 71 380 58 01                                       |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                | 020749596                                          |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                    | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Powiatowe Centrum Medyczne w<br>Wołowie Sp. z o.o. | <b>W</b>                        |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów<br>Wojennych 26         |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                  |                                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                             | 2020-12-28                                         |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                    |                                 |                                        |
| nazwa:                                             | Izba przyjęć                                       |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzeg Dolny 56-120, Aleje Jerozolimskie<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w<br>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. | W                       |                                |
| 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 Szczępień                    |                         | 1                              |
| 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 | W                       |                                |
| 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 | W                       |                                |
| 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                         |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                         |                                                                           |                                |                                    |

|                                                    |                                     |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                     |                                |                                    |

|                                                    |                                                              |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                                              |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                           |                              |                                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| 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                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2020-12-28                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                                |                                    |

|                                                    |                                                     |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                     |                                |                                    |
| nazwa:                                             | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością    | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 |                                |                                    |
| 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:                                             | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świebodziце 58-160, M. Skłodowskiej-Curie 3-7       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 746419292                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                     |                                |                                    |

|                                                    |                                              |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA 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                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                              |                                |                                    |
| nazwa:                                             | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA 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                          |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SZPITAL ŚW. ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH |                                |                                    |



|                                                   |                                                                      |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5                    | <b>W</b>                       |                                    |
| 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, Piłczycka 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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 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                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie 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<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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>szczenie<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>             |                                                                           | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<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>              |                                                   | <b>szczenie<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  | 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>szczenie<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, MARII 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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Miedziowe Centrum Zdrowia SA                      |                                 |                                        |

|                                                   |                              |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW 67-200, SPORTOWA 1b   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 767231530                    |                                |                                    |
| 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:                                            | Międziowe 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie 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                                  | 76 84 01 612                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY IM.A.WOLAŃCZYKA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W                       |                             |
| 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       |                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ w Bogatyni | W                       |                             |
| 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                    |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                              |                         | 1                           |
| 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       |                                          | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu    |                         |                             |

|                                                   |                                        |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLEŚLAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | <b>W</b>                       |                                    |
| 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                         |                                    |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</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 | SIENIAWKA 59-921, ROLNICZA 25      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 756494706                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</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, LUBAŃSKA 11-12   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 571334931                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</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 | CZERWONA WODA 59-940, 5 GRUDNIA 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 571334641                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</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 | WLEŃ 59-610, OGRODOWA 8            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 757136365                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Gabinet poz                        |                                | <b>1</b>                           |
| 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                         |                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</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, WARSZAWSKA 30    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 571334651                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KOWARACH | <b>W</b>                       |                                    |
| 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie 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                                                                                                      |                                | 1                                  |
| 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                    |                                                                                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | OŚRODEK MEDYCZYNY PALIATYWNEJ I<br>HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ<br>SPÓŁKA KOMANDYTOWA | <b>P</b>                |                                |
| 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       |                                                                                    | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | OŚRODEK ŚWIĘTEGO JERZEGO WE<br>WROCŁAWIU PROWADZĄCY ZAKŁAD<br>OPIEKUŃCZO-LECZNICZY |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 50-249/ul. Ludwika Rydygiera<br>22-28                                     |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 71 393 08 29 w. 46                                                             |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 022276067                                                                          |                       |                         |

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

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Nowogrodzcu | <b>P</b>                |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec /59-730/ ul. Adama Asnyka<br>55                    |                         |                                |
| 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:                                            | Przychodnia Gminna Nowogrodzcu |                         | <b>1</b>                       |
| 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                    |                                       | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Zebrzydowej |                         | <b>1</b>                       |
| 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 |            |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                          |                                                                |                                |                                    |
|                                                    |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                          |                                                                |                                |                                    |
|                                                    |                                                                |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SP ZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE "BRISTOL"MSWIA W KUDOWIE-ZDROJU | <b>P</b>                       |                                    |
| 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                          |                                                                |                                |                                    |
|                                                    |                                                                |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY MINISTERSTWA SPRAW WNEŹTRZNYCH I ADMINISTRACJI W JELENIEJ GÓRZE | <b>P</b>                       |                                    |
| 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 Uzdrowiskowa                       |                                | <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 Uzdrowiskowa                       |                                | <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 Uzdrowiskowy 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                         |                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Szpital Uzdrawiskowy z Oddziałem Sanatoryjnym "Dom Zdrojowy" w Jedlinie-Zdroju |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedlina-Zdrój 58-330, Plac Zdrojowy 1                                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748493200                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-25                                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                                |                                    |

|                                                    |                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNIAWA 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                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNIAWA 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                          |                                                            |                                |                                    |
| <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  | Świeradów-Zdrój 59-850, Marszałka Józefa Piłsudskiego 33   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                  | 797502235                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 2021-01-08                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                            |                                |                                    |

|                                                    |                                                            |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław/51-134/Lekarska 1                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | (071)387 69 01                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 021393776                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z 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                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                             | VRATISLAVIA MEDICA Gabinet 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                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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    |                                |                                    |
| 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>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                      |                                |                                    |
| 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>              |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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 | Złotorzja 59-500, Szpitalna 9                |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 768779300                                    |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14                                   |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       |                                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY 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                                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY 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                         |                                                              |                         |                                |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                             |  |                       |                         |

|                                                   |                                                                                                          |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE-BIAŁY KAMIEŃ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-304, ul. Piotra Wysockiego 24-24A                                                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 74 843 40 58                                                                                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 891058883                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE - BIAŁY KAMIEŃ" SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W WAŁBRZYCHU   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH 58-304, WYSOCKIEGO 24,24A                                                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748429101                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                          |                                |                                    |

|                                                    |                                       |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PIOTROWICACH |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 59-424 Piotrowice 113                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 76 870-88-78                          |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 390740341                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W 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                          |                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                          |                                       |                                |                                    |

|                                                    |                                                               |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                             | LEKARZE NA SZWEDZKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław 54-401, ul. Szwedzka 1b                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 71357 92 71                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 930912385                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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       |                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób 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       |                                        | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                  |                         |                                |
| 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                         |                                    |                         | <b>1</b>                       |

| 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                    |                         |                                |
| 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                         |                                    |                         | <b>1</b>                       |

| 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                                           |                         |                                |
| 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                         |                                                       |                         | <b>1</b>                       |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77       |                                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Ewa Stocka - Błażejewska                       |                         |                                |
| 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                              |                         |                                |
| 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                         |                                                |                         | <b>1</b>                       |



| 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                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"FAMILIA" s.c. |                         | 2                              |
| 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                         |                                                         |                         |                                |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80       |                                                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Specjalistyczna Regina i<br>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                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Specjalistyczna Filia<br>Podzamcze                     |                         | 1                              |
| 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                         |                                                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81       |                                                                                                      | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | Ewa Mazurek prowadzący<br>przedsiębiorstwo lecznicze NZOZ Praktyka<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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                         |                                              |                                 |                                        |

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

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

|                                                    |                                                        |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | Edyta Niebudek                                         |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bystrzyca Kłodzka 57-500, ul. Henryka Sienkiewicza 6 B |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 609023800                                              |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                | 891056967                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego Lek. Edyta Niebudek        |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYSTRZYCA KŁODZKA 57-500, 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<br>Paderewskiego 2         |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748 339 080                                             |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 386814670                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | NZOZ KINESIS                                            |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Paderewskiego 2                         |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748339080                                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                         |                         |                                |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87       |                                                                   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Janusza Kusocińskiego<br>3A                   |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748673728                                                         |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891064033                                                         |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | SALUS Centrum Medyczne Oddział<br>Główny                          |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Kusocińskiego 3a                                  |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746404444                                                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                        |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | SALUS Centrum Medyczne filia w<br>Dusznikach                      |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Duszniki Zdrój 57-340, Dworcowa 9                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 746404444                                                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                        |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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          |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Ruda 57-400, ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 746404444                                            |                                |                                    |
| 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:                                            | 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | NZOZ 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>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie 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                                                                     |                              |                                |
| Data dodania do wykazu                             |                                                                                   |                              |                                |

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

|                                                    |                                                                   |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |                                                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                          |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                          |                                                                   |                                 |                                        |

|                                                    |                                                         |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                          |                                                         |                                 |                                        |

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

|                                                   |                                                                                           |  |          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ PRAKTYK LEKARSKICH EWA CHRZANOWSKA, KRYSZYNA WOLAŃSKA, 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 D.GOCHA-CHMIELEWSKA I 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                                                                                                     |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                               | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "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                         |                                                                                                               |                                 |                                        |

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

|                                                    |                                                                              |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                             | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - SŁAWIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wrocław 54-703, ul. Władysława Czaplińskiego 46                              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                 | 603138770                                                                    |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                | 366352764                                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                             | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata Sławin Sp. z o.o.                        |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kietców 55-093, Wilczycka 14                                                 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                  | 713988015                                                                    |                                 |                                        |
| 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:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata 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      |                                                                                      | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NA RUMIANKOWEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | <b>2</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 54-512, RUMIANKOWA 53                                                        |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713578930                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101      |                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                          |                         | <b>1</b>                    |
| 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      |                                                                                        | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                                                        | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego Piotr Stankiewicz |                         | <b>1</b>                    |
| 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      |                                                        | szczenie personelu   | szczenie 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                    |                                                        | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego Waldemar Chrystowski       |                      | 1                           |
| 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                         |                                                        |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104      |                                                                                     | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c. Małgorzata Kaniecka-Matuszkiewicz i Edyta Klimczak |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-046, Sądowa 8                                                            |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 71/3435532                                                                          |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 932012390                                                                           |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c.                                                    |                      | 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 105      |                                                                  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia "HIPOKRATES" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, ul. Generała Władysława Sikorskiego 19            |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | (076)833-28-41                                                   |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 390746540                                                        |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                  | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia "HIPOKRATES" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                      | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Generała Władysława Sikorskiego 19                |                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 768332841                                                        |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                       |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                      |                             |

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

|                                                   |                                                    |          |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-351, Mikołaja Sepa-Szarzyńskiego 30/3-4 | <b>2</b> |
| 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>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   | 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>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              |                               |                                 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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      |                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego Maria Szmigiel |                         | <b>1</b>                       |
| 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      |                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                              |                         | <b>2</b>                       |
| 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      |                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | CERTAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | <b>2</b>                       |
| 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      |                                                     | szczenie<br>personelu | szczenie<br>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                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</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 | Bukowice 56-321, Wrocławska 41    |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 603589458                         |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                        |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                                 |                                        |

|                                                     |                                                  |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |                                                  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                        |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                      |                                 | <b>1</b>                               |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Pobiednej                      |                                 | <b>1</b>                               |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |                                                                                | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Maria Anna Wojtaszewska                                                        |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 58-113 Lutomia Dolna 28                                                        |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 8502711                                                                   |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 891095619                                                                      |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Wiejski Ośrodek Zdrowia Lutomia Dolna |                                 | <b>1</b>                               |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                                                                 |  |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| nazwa:                                            | MEDICA S.C. PANEK VIOLETTA,<br>PIOTROWSKA-PYRGAŁ AGATA,<br>KURZYŃSKA IZABELA, KRACZKO ANDRZEJ,<br>LISZKA ROBERT |  | <b>1</b> |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |                                                                  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Dobroszycach |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobroszyce 56-410, ul. Wojska Polskiego<br>22                    |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 71 314-11-05                                                     |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 930676915                                                        |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEN                                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOBROSZYCE 56-410, WOJSKA<br>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | MAŁGORZATA BEREZA PRAKTYKA<br>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>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   | 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA W<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA W<br>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>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie 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>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie 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             |                              |                                |

| 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 | KROSNOWICE 57-362, KROSNOWICE 179A |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748685212                          |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                         |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124      |                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Elżbieta Wenta-Starostka                        |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, ul.<br>Kłodzka 65 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 74 868-92-49                                    |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890546630                                       |                         |                                |
| 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 | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, Kłodzka<br>65     |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748689249                                       |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                         |                                |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127      |                                                               | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ W BIERUTOWIE |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierutów 56-420, ul. Juliusza Słowackiego<br>2                |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 71 314-60-23                                                  |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 930671148                                                     |                       |                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Rejonowa w Bierutowie       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierutów 56-420, Juliusza Słowackiego 2 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 502534229                               |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                         |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128      |                                                                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWO-<br>USŁUGOWE "MEDCOM" SPÓŁKA Z<br>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                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                                                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129      |                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | HIPOKRATES - GRUPOWA PRAKTYKA<br>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                                                |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                          |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130      |                                                                                       | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W<br>PIESZYCACH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieszycy 58-250, ul. Królowej Jadwigi 1                                               |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748365362                                                                             |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 891100480                                                                             |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                       | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                                                       |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                              |  |                       |                         |



|                                                   |                                                         |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW<br>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<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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                         |                                                         |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                         | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                         |                                                         |                                    |                                        |

|                                                     |                                                                                                                           |                                    |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |                                                                                                                           | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| 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. Strzełińska 6                                                                                        |                                    |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 74 / 853 76 06                                                                                                            |                                    |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 890480893                                                                                                                 |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                           | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                           |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, Strzełińska 6                                                                                            |                                    |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 748515483                                                                                                                 |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                           |                                    |                                        |

|                                                     |                                                                |                                    |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |                                                                | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| 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                                                      |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                |                                    |                                        |

|                                                     |  |                                  |                                    |
|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |  | <b>szczepienie<br/>personelu</b> | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------|------------------------------------|

|                                                   |                                                                               |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | POLKOWICKIE CENTRUM USŁUG ZDROWOTNYCH-ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA AKCYJNA |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polkowice 59-100, ul. Kardynała Bolesława Kominka 7                           |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                | 767460800                                                                     |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                               | 390760852                                                                     |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                               | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych-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                         |                                                                               |                                 |                                        |

|                                                     |                                                              |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |                                                              | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | MIEJSKO-GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW 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                                                    |                                 |                                        |
| <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   | Ścinawa 59-330, Władysława Jagiełły 2                        |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 768174830                                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                 |                                        |

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

|                                                     |                                |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |                                | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                      |                                 |                                        |
| <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   | Kotla 67-240, Krzycka 2        |                                 |                                        |

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 768318509  |  | <b>1</b> |
| 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                         |                                                           |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139      |                                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                  |                         |                                |
| 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 | Wińsko 56-160, plac Wolności 13                            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713898025                                                  |                         |                                |
| 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 | Krzelów 56-160, Krzelów 49                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713899181                                                  |                         |                                |
| 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 | Głębowice 56-160, Głębowice 32                             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713890492                                                  |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                 |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140      |                                        | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                              |                         |                                |
| 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 | Kunice 59-216, Staropolska 7a          |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 768575326                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141      |                                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rejonowa w Świerzawie |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerzawa 59-540, ul. Lipowa 3                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48 757 135 233                                                                   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 3273402                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | SP ZOZ Przychodnia Rejonowa w Świerzawie                                         |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerzawa 59-540, Lipowa 3                                                       |                         |                             |
| 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 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 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 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                           |                                                                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Bartosz Suchowiak                                                                                                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELAWA 58-260, IGNACEGO PADEREWSKIEGO 5                                                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748335263                                                                                                                   |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Andrzej Sroka                                                                                                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 58-124 Strzelce 36A                                                                                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748504423                                                                                                                   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 891059463                                                                                                                   |                                |                                    |
| <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   | Strzelce 58-124, Strzelce 36A                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748504423                                                                                                                   |                                | <b>3</b>                           |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-001, ul. Gwarna 6a                                                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 71 / 343 13 36                                                                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931123696                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Gwarna |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-001, Gwarna 6A                                                                                                   |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                   | 600800144                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH W 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Zakład Usług Medycznych         |                      | 1                           |
| 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 personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KROTOSZYCACH         |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krotoszyce 59-223, ul. Mikołaja Kopernika 9/3 |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 768878312                                     |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 390681791                                     |                      |                             |
|                                                   |                                               |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                               | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gminny Ośrodek Zdrowia w Krotoszytach         |                      | 2                           |
| 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                         |                                               |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149      |                                                              | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA ZABOBRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-506, ul. Michała Kleofasa Ogińskiego 1 B     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 75 64 56 376                                                 |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 230915201                                                    |                      |                             |
|                                                   |                                                              |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA ZABOBRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                      | 2                           |
| 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                         |                                                              |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150      |                                                | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIĘTEJ KATARZYŃCIE |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Święta Katarzyna 55-010, ul. Żeromskiego 1     |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 713116299                                      |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 930393011                                      |                      |                             |
|                                                   |                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Ośrodek Zdrowia w Siechnicach                  |                      | 1                           |
| 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                         |                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                   |                               |  |          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|--|----------|
| 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej -Ośrodek Zdrowia w Wiszni 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej -Ośrodek Zdrowia w Wiszni 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W LUBIĄŻU                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBIĄŻ 56-100, UL. MICHAŁA LEOPOLDA WILLMANNNA 23 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 071 389-71-85                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 930259152                                         |                                |                                    |
|                                                     |                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W 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<br>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>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   | 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego Marlena<br>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>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 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet położnej podstawowej opieki<br>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>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|



|                                                   |                                                                             |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED"<br>TOMASZ KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI<br>SPÓŁKA JAWNA |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec 59-900, ul. Władysława<br>Stanisława Reymonta 1                   |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                | 75/7758432                                                                  |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                               | 230882393                                                                   |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                             | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED" TOMASZ<br>KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI SPÓŁKA<br>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                         |                                                                             |                                 |                                        |

|                                                     |                                    |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |                                    | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                          |                                 |                                        |
| <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   | Milicz 56-300, Lipowa 2            |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713831144                          |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                         |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                    |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                       |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160</b> |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                                             |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                           |                                 | <b>2</b>                               |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Czernina 56-200, Rydzyska 31                                                          |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 601444156                                                                             |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                            |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                       |                                 |                                        |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                     |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                                                                                 |                         |                                |
| 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<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                          |                         | <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                         |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162      |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                                                                            |                         | <b>1</b>                       |
| 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<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK<br>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<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK<br>ZDROWIA                     |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIADOWA KŁODA 56-504, SŁONECZNA<br>7a                                                          |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 627851712                                                                                       |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164      |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |

|                                                   |                                                     |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA<br>ZDROWIA W JAWORZYNIE ŚL. |                                    |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaworzyna Śląska 58-140, ul. Westerplatte<br>16     |                                    |                                        |
| telefon/ telefony:                                | (74)8563625                                         |                                    |                                        |
| identyfikator REGON                               | 890486980                                           |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                     | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA<br>ZDROWIA W JAWORZYNIE ŚL. |                                    | <b>1</b>                               |
| 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                         |                                                     |                                    |                                        |

|                                                     |                                                            |                                    |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| 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                                                  |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                            |                                    |                                        |

|                                                     |                                                                                        |                                    |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                                        | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| 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                                                                              |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                                        |                                    |                                        |

|                                                     |                                                |                                    |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| 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                                      |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-100, Mikołaja Kopernika 34A        |                                    |                                        |

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 746403553  |  | <b>1</b> |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |                                                                                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne "ASTRA" S.C. Adamiak-Kaptur Melania, Majewski Sławomir, Grzebieluch Bożena, Jaworska-Dawid Renata, Staniszevska Lucyna, Borowska Iwona |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bielawa 58-260, ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego 10A                                                                                                   |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 74 834-00-34                                                                                                                                            |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 891051088                                                                                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                                                                       |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BIELAWA 58-260, ROTM.W.PILECKIEGO 10A                                                                                                                   |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 748340034                                                                                                                                               |                                 |                                        |
| 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   | PIESZYCE 58-250, SPORTOWA 2                                                                                                                             |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 748300870                                                                                                                                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                         |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| 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                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                         |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                      | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| 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                                            |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                 |                                 |                                        |

|                                                   |                                              |          |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wilków-Osiedle 59-500, Jana Kochanowskiego 3 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 768783321                                    |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171      |                                                                    | szczenie personelu   | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w 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                         |                                                                    |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172      |                                                                                      | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 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                                                                            |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                      | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                      |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173      |                                                          | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 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                                                |                      |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                          | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                          |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174      |                                                           | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|
| 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>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 | 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA REJONOWA W<br>PROCHOWICACH       |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prochowice 59-230, ul. Antoniego Rymszy<br>3 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 076 858-45-21                                |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 390651784                                    |                                 |                                        |
| <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   | PROCHOWICE 59-230, ANTONIEGO<br>RYMSZY 3     |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 768584478                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                              |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                                                                    |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |                                                                                                                                    | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY<br>RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C.<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR<br>SZMORAĞ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Fabryczna 52-414, ul. Michała<br>Śniegockiego 15                                                                           |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 71/3635419                                                                                                                         |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 930909058                                                                                                                          |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY<br>RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C.<br>NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR<br>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE<br>TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebnica 55-100, ul. Tadeusza Kościuszki<br>10                                         |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 71 387-28-38                                                                            |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 932255520                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                                         |  |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| nazwa:                                            | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE<br>TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z<br>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                         |                                                                                         |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178      |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Grupowa Praktyka Lekarzy POZ MEDICUS<br>A. Zajęc, U. Łączyńska-Remza, P.<br>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                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                      |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179      |                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                       |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180      |                                                                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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:                                            | "REMIUM" S.C. ELŻBIETA WALCZAK-<br>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 szczyeń                                                  |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                                                |                         |                                |

| 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 szczyeń                                                        |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                                                      |                         |                                |

| 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 partnerska |  | <b>1</b> |
| 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                         |                                                                                          |  |          |

| 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 | Świebodzice 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                                                      |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | AR-MED s. c. Głowienkowska R.,<br>Kościelniak M., Markowska A. |                                 | <b>2</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 52-118, CHIŃSKA 4 LOK.1B                               |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 694790450                                                      |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                     |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                        |

|                                                     |                                        |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |                                        | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                           |                                                                                    |                                 |                                        |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191      |                                                         | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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, WROCŁAWSKA<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                                 |                                |                                    |
| <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 | Marcinowice 58-124, Staffa 1              |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748585300                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |                                | <b>1</b>                           |

|                                                     |                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Spółka Lekarska "BIEGUNOWA"<br>Przychodnia "BIEGUNOWA" |                                |                                    |
| 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>1</b>                           |

|                                                     |                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                         |                                |                                    |
| 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>1</b>                           |

|                                                     |                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |                                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                |                                |                                    |
| 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>1</b>                           |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198      |                                                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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      |                                                                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | PULS Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, ul. Stanisława Moniuszki<br>9                                                                  |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 76/7276481                                                                                                    |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390717276                                                                                                     |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | PULS Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska |                         | <b>3</b>                       |
| 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      |                                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI<br>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                    |                                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Gminny Zespół Zakładów Opieki<br>Podstawowej w Paszowicach |                         | <b>2</b>                       |
| 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 |                                                                                                | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                       | "ARS MEDICA" S.C. JANUSZ BOGUCKI,<br>ALICJA TARGOŃSKA NIEPUBLICZNY<br>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                                     |                                 |                                        |
| <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 | Jelenia Góra 58-500, Kopernika 1              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 75 752 51 49                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                    |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                               |                                 |                                        |

|                                                     |                                                   |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> |                                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia POZ                                      |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-231, Trzebnicka 88                     |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713293231                                         |                                 | <b>3</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                        |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                   |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                                                          |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> |                                                                                                                          | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                     |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-647, Młodych Techników 7                                                                                      |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713555000                                                                                                                |                                 | <b>1</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                               |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                          |                                 |                                        |

|                                                     |                                                         |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> |                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "DLA ZDROWIA" S.C. E.KUŹMIŃSKA, J.ŚWIĄTONIOWSKA         |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Sródmiście 51-642, ul. Karola Olszewskiego 23 B |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 713 478 203                                             |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 932647600                                               |                                 |                                        |
| <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   | Wrocław 51-642, Olszewskiego 23b                        |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713478203                                               |                                 | <b>2</b>                               |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                         |                                 |                                        |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205      |                                                                                                   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "MULTI-MEDYK" SPÓŁKA Z<br>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                                                                                         |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"MULTI-MEDYK" Spółka z o.o.- filia                       |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-204, pl. Maxa Borna 1-3                                                                |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713288527                                                                                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                        |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206      |                                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Piotr Polański Niepubliczny Zakład Opieki<br>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                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego                                                         |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                                                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207      |                                                                                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"Biogenes" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-224, pl. Bzowy 1                                                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/3647961                                                                                     |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932685203                                                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Nazwa CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES                                                                |                         | <b>2</b>                       |
| 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                         |                                                                                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208      |                                                             | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY<br>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<br>W JANOWICACH WIELKICH |                                | <b>1</b>                           |
| 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z<br>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<br>ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEGNICA 59-220, ul. Piekarska 7                                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 76 72 24 789                                                                                  |                                |                                    |
| 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<br>ZDROWOTNEJ "ZDROWIE " SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Boguszów-Gorce 58-370, ul. Wałbrzyska<br>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<br>"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                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIRMA LEKARSKA KAMA LEK.MED.MAREK SZEWCZYK, 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                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ Firma Lekarska KAMA s.c. Lek. med. Marek Szewczyk, Lek. med. Katarzyna 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                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "AMAVITA - MARZENA KLAKOCAR, ALICJA MAJDA - SZCZOTKA, AGNIESZKA MYRDZIO" LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-665, ul. Bernarda Belotta Canaletta 4                                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713489049                                                                                                    |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932691008                                                                                                    |                                |                                    |
| <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 51-665, CANALETTA 4                                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713489049                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARSKA ANDRZEJ KRĘŻLEWICZ                                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krośnice 56-320, ul. Parkowa 37                                                                              |                                |                                    |

|                                                   |                             |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 71 / 384 62 88              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 930332110                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                             | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                         |                             |                                |                                    |

|                                                     |                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216</b> |                                                                     | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA REJONOWA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wojcieszów 59-550, ul. Bolesława Chrobrego 79                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 751-22-38                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 3271099                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                     | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA REJONOWA |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WOJCIESZÓW 59-550, BOLESŁAWA CHROBREGO 79                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757512238                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217</b> |                                   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie 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>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                   |                                | <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>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | GMINNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI 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>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krzywa 59-225, - 17a                                  |                                |                                    |

|                                                   |                                                          |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 768188968                                                |                                 | <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:                                            | 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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Krzepowie |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 67-200, ul. Rudnowska 109    |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 76 834-12-72                        |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 390631965                           |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                     | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Krzepowie |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głogów 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH<br>"ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,<br>PRZEDSIĘBIORSTWO WYKONUJĄCE<br>DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdnica 58-105, ul. Ludwika Zamenhofa<br>47                                                                                              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 743067077                                                                                                                                 |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 891076190                                                                                                                                 |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                           | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH<br>"ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,<br>PRZEDSIĘBIORSTWO WYKONUJĄCE<br>DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |                                 | <b>1</b>                               |

|                                                   |                                           |  |   |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-105, ul. Ludwika Zamenhofa 47 |  | 1 |
| telefon/ telefony                                 | 743067077                                 |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222      |                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet lekarza rodzinnego                     |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piechowice 58-573, KRYSZTAŁOWA 58              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757612304                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223      |                                                                                                           | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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                    |                                                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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      |                                                                                                    | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | Lekarsko - Rehabilitacyjna Przychodnia Rodzinna "AMICUS" Maria Kaczmarzyk i Wspólnicy Spółka Jawna |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, ul. Stanisława Staszica 27                                                     |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 74 832-09-70 645-76-10                                                                             |                       |                         |

|                                                   |                                                             |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 891508056                                                   |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                             | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej<br>opieki zdrowotnej |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, Staszica 27                             |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 748320970                                                   |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                  |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                    |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225</b> |                                                                                    | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH A.<br>SZADURA, J. PIOTROWSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-525, ul. Gliniana 32/34                                                 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 713670446, 505059756                                                               |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 932726126                                                                          |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH A.<br>SZADURA, J. PIOTROWSKI SPÓŁKA<br>PARTNERSKA |                                 | <b>1</b>                               |
| 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                           |                                                                                    |                                 |                                        |

|                                                     |                             |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226</b> |                             | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Lesław Szpiech              |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pęgów 55-120, ul. Główna 98 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 722393326                   |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 931987280                   |                                 |                                        |
| <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   | PĘGÓW 55-120, Główna 98     |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713107128                   |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                  |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-19                  |                                 |                                        |

|                                                     |                                                    |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227</b> |                                                    | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Zuzanna Wolak - Listwan                            |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław-Krzyki 50-452, ul. Komuny<br>Paryskiej 73A |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 713 429 146                                        |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 931984659                                          |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                  |                                 | <b>1</b>                               |
| 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                           |                                                    |                                 |                                        |

|                                                     |  |                               |                                 |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> |  | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|

|                                                   |                                               |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                          |                                | <b>2</b>                           |
| 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                         |                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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 |                                |                                    |

|                                                   |                                        |          |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 713103794                              |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                             |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |          |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233      |                                             | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                             | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia VITA Krystyna Witas             |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-610, ul. Stanisława Moniuszki 10 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713481476                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234      |                                                      | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | ARS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Marii Konopnickiej 4                |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748520367                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                      |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                              |  |                       |                         |

|                                                   |                                                                |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                            | "AR-VITA" USŁUGI MEDYCZNE S.C.<br>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      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Kliczkowska 37                                |                                |                                    |
| 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                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Wądrożu Wielkim           |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĄDROŻE WIELKIE 59-430, WĄDROŻE WIELKIE 167 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 768874421                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                             |                                |                                    |

|                                                     |                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA DOKTOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-500, ul. Artura Grottgera 10               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 64 22 500, 75 / 64 22 502                             |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21913098                                                   |                                |                                    |
| <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   | Jelenia Góra 58-500, Grottgera 10                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 756422500                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> |                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-506, Różyckiego 6        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 756417100                                |                                |                                    |



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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239</b> |                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelin 57-100, ul. Adama Mickiewicza 20                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713922969                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931185183                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                          |                                | <b>1</b>                           |
| 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                           |                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Publiczny Zakład Lecznictwa 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                           |                                                          |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-506, ul. Ludomira Różyckiego 6                                         |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 75 / 64 17 101-103, 608 674 510                                                        |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 230914124                                                                              |                                |                                    |
| <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   | JELENIA GÓRA 58-506, LUDOMIRA RÓŻYCKIEGO 6                                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 756417100                                                                              |                                |                                    |
| 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:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JELENIA GÓRA 58-500, MICHAŁA DRZYMAŁY 31                                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 756417120                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                        |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                              | PRAKTYKA OGÓLNOLEKARSKA 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-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      |                                                                                             | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" S.C.<br>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                    |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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      |                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | MAŁGORZATA BRANT NZOZ PRAKTYKA 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                    |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                   |                         | <b>2</b>                    |
| 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      |                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | N.Z.O.Z.- Praktyka Lek. Rodzinnego A. Grocka - Właźlak |                         | <b>3</b>                    |
| 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      |                                    | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernica 55-003, Wrocławska 54     |                         |                             |

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 713180094  |  | <b>1</b> |
| 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 ZDROWOTNEJ "ASTRA-MED" SPÓŁKA Z 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 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, Gwiaździsta 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      |                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                          | szczenie<br>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      |                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                                                 | szczenie<br>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      |                             | szczenie<br>personelu | szczenie<br>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                    |                                                | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jacek<br>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      |                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254      |                                                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH<br>ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>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                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH<br>ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W<br>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                         |                                                                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255      |                                                   | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | LUBMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, ul. Gwarków 82                      |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 767467650                                         |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390944753                                         |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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 - Zarzeczce                     |                                | <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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                         |                                                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> |                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                              |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                             |                                |                                    |
| <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   | Bolesławiec 59-700, Karola Miarki 29                                                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 757341245                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                       |                                |                                    |

|                                                     |                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> |                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</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   | Wrocław 52-210, Pszczelarska 7                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 717921120                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262      |                                            | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza rodzinnego                |                         | 1                           |
| 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                    |                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia lekarza POZ                       |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyzlesie 57-530, Powstańców Śląskich 8 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748126377                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                            |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263      |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Hausman |                         | 1                           |
| 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      |                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek 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                    |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia - Filia w Dziwieszowie |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziwieszów 58-508, Dziwieszów 43                                    |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 757137143                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265 |                                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                       | Honorata Chmielewska-Przychodnia Lekarska TWÓJ LEKARZ |                       |                         |



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

|                                                     |                                                                                                                                          |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |                                                                                                                                          | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                                                                                                |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                          | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczyeń                                                                                                                            |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POLANICA-ZDRÓJ 57-320, WARSZAWSKA 20                                                                                                     |                                 | <b>1</b>                               |
| telefon/ telefony                                   | 748621290                                                                                                                                |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                                               |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                          |                                 |                                        |

|                                                     |                                                        |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczyeń                                          |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 55-080, Węgierska 6                            |                                 | <b>3</b>                               |
| telefon/ telefony                                   | 71 34 321 13; 501 964 955                              |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                             |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                        |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                                      |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> |                                                                                                      | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                                                            |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                      | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczyeń                                                                                        |                                 |                                        |

|                                                   |                            |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, Słoneczna 1  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 730530708                  |                                |                                    |
| 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>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                         |                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | WIERZBICKA - OKNIŃSKA & GOŁYŃSKA - BOBA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-211, ul. Stobrowska 2                                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 713567900                                                                       |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 932756788                                                                       |                                |                                    |
| <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   | Wrocław 54-211, Stobrowska 2                                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713567900                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                   |                                                                                                  |  |          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| nazwa:                                            | Elżbieta Rybińska-Skóra NZOZ Praktyka<br>Lekarza Rodzinnego lek. med. Elżbieta<br>Rybińska-Skóra |  | <b>1</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, ul. Stefana<br>Starzyńskiego 6D                                              |  |          |
| telefon/ telefony                                 | 0757344538                                                                                       |  |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                       |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                  |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272      |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ESKULAP"<br>MAJDOWSKA - CIUPIŃSKA, KILIJANEK I<br>PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Spółdzielcza 4                                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 748657888                                                                                           |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 891419996                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| 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                         |                                                                                                     |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273      |                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                    |                         |                             |
| 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 54-130, Bulwar Ikara 27c             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713521885                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274      |                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                       |                         |                             |
| 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 54-130, Bulwar Ikara 26 |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 693 075 743                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                 |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275      |                                                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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                                       |                       |                         |

| 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 | Radków 57-420, Stołowogórska 2 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 74 87 12 222                   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276      |                                                                                       | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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                                                                             |                       |                         |

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

| 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 | Jedlina-Zdrój 58-330, Wałbrzyska 2/1 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748455978                            |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 2021-01-14                           |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277      |                                                           | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | "ESKULAP" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością      |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienna Góra 58-400, ul. Władysława<br>Broniewskiego 26A |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 75/64 55 800                                              |                       |                         |
| identyfikator REGON                               | 390993065                                                 |                       |                         |

| 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 | Kamienna Góra 58-400, Władysława<br>Broniewskiego 26A |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 756455814                                             |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                            |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278      |                                                                                                  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ESKULAP" MAŁGORZATA<br>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                                                                                        |                       |                         |

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

|                                                   |                                |          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radwanice 59-160, Głogowska 43 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 768311471                      |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279      |                                                            | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA GAJ SPÓŁKA Z<br>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                                                  |                         |                                |
|                                                   |                                                            |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280      |                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Maria Czajkowska               |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 56-300 Gądkowice 49            |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 71/384 92 88                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 932837400                      |                         |                                |
| 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 | Gądkowice 56-300, Gądkowice 49 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713849288                      |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281      |                                                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282      |                                                                                      | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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                                                                            |                       |                         |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283      |                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                         |                                   |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                            |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287</b> |                                                                            | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Elżbieta Pyrzanowska                                                       |                                 |                                        |
| 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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jelenia Góra 58-500, Mikołaja Kopernika<br>2                               |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 757523114                                                                  |                                 |                                        |
| 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:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Przychodnia "Lekarz Domowy" Pieszko<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Przychodnia "Lekarz Domowy" Pieszko<br>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>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|

|                                                     |                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | NZOZ "TWÓJ LEKARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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                                                         |                                |                                    |
| 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                           |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ślęza 55-040, Przystankowa 2                                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713111236                                                               |                                |                                    |
| 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                                                         |                                |                                    |
| 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                           |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz" Filia we Wrocławiu  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-616, Stanisława Kunickiego 37a                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713111236                                                               |                                |                                    |
| 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:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz" filia w Tyńcu Małym |                                |                                    |
| 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                           |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz" Filia we Wrocławiu  |                                |                                    |
| 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                           |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



|                                                   |                                                                             |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| 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                                                                   |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                             | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                         |                                                                             |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                             | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Wojewódzka Przychodnia Podstawowej<br>Opieki Zdrowotnej - Filia w Długołęce |                                    | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Długołęka 55-095, Wrocławska 24a                                            |                                    |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 713152115                                                                   |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                  |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                             |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                             | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                         |                                                                             |                                    |                                        |

|                                                     |                                                                                        |                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> |                                                                                        | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b> |
| 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                                                                              |                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |                                    |
| 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                           |                                                                                        |                                    |                                    |

|                                                     |                                     |                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> |                                     | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | EDMUND KRYŚ                         |                                    |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wałbrzych 58-303, Niepodległości 58 |                                    |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748434161                           |                                    |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 931866575                           |                                    |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                     | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> |                                    |
| 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      |                                                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA-NOWY DWÓR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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                    |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy                                                                     |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-438, ul. Nowodworska 91a                                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 713587853                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                       |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294      |                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                         |                         | 1                           |
| 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      |                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Specjalistyczne BIOMED 2 Borowscy Spółka Jawna |                         | 1                           |
| 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 |                                                                           | szczepienie personelu | szczepienie 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                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI AMBULATORYJNEJ W KĄTACH WROCŁAWSKICH |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĄTY WROCŁAWSKIE 55-080, STANISŁAWA STASZICA 9     |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 713166021                                          |                                |                                    |
| 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:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI AMBULATORYJNEJ W MIETKOWIE           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mietków 55-081 , ul. Kolejowa 37                   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                 | 713168115                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-28                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |                                |                                    |

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

|                                                     |                                                                        |                              |                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
| 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                    |                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt szczepień            |                         | 2                              |
| 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                         |                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299      |                                                             | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                                             | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej<br>opieki zdrowotnej |                         | 1                              |
| 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                         |                                                             |                         |                                |

| 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                                                          |                         | 1                              |
| 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                                        |                         | 1                              |
| 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 "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć filia 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                         |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć Filia w Luboszytach |                                | <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                         |                                                                                                                                   |                                |                                    |

|                                                     |                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> |                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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>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   | 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>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie 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>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w 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>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie 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<br>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:                                              | Witosał 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                   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jerzmanowa 67-222, Obiszowska 11  |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 768312123                         |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                        |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                   |                                 |                                        |

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

|                                                     |                                                                                                          |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> |                                                                                                          | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ZDROWY SOBIĘCIN"<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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                           |                                                                                                          |                                 |                                        |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308      |                                           | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                 |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                           |                         |                             |
| 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                         |                                           |                         | 1                           |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309      |                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                                                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Żeromskiego 45                                                  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 748325141                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                 |                         | 1                           |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311      |                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 12 29 50 100                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 356366975                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-013, Opolska 131                         |                         |                             |
|                                                   |                                                     |                         | 1                           |

|                                                   |                                       |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 122950100                             |                                 | 1                                      |
| 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                             |                                 | 1                                      |
| 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        |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-616, ul. Parkowa 46          |                                 | 1                                      |
| telefon/ telefony                                   | 126298800                               |                                 |                                        |
| 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:                                              | Centrum Medyczne Wrocław Krasińskiego   |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-946, Zygmunta Krasińskiego 9 |                                 | 1                                      |
| telefon/ telefony                                   | 126298800                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                         |                                 |                                        |

|                                                     |                                                 |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |                                                 | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Punkt szczepień                                 |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wałbrzych 58-306, Uczniowska 16                 |                                 | 1                                      |
| telefon/ telefony                                   | 746334680                                       |                                 |                                        |
| 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   | Wrocław 53-609, Fabryczna 6                     |                                 | 2                                      |
| telefon/ telefony                                   | 713882340                                       |                                 |                                        |
| 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                                 |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-024, Świdnicka 40                    |                                 |                                        |



|                                                   |                                 |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 717475100                       |                                | <b>1</b>                           |
| 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                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-088, Swobodna 1      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717564100                       |                                | <b>2</b>                           |
| 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                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-082, Piotra Skargi 3 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 717571552                       |                                | <b>1</b>                           |
| 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                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-001, Grabiszyńska 240                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900530                                         |                                | <b>1</b>                           |
| 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                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 7a            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900530                                         |                                | <b>1</b>                           |
| 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                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-611, Strzegomska 36                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500900530                                         |                                | <b>1</b>                           |
| 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                        |                                |                                    |

|                                                   |                                             |          |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-333, ul. Powstańców Śląskich 2-4 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 224340909                                   |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316      |                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                     |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317      |                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                       |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                 |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318      |                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                                |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                                          |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                              |  |                       |                         |

|                                                   |                                                      |                                    |                                        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA<br>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<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA<br>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<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                    |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-417, ul. gen. Romualda<br>Traugutta 57/59                         |                                    |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 717120700                                                                    |                                    |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 301277131                                                                    |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie<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>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie<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>szczepienie<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>szczepienie<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>szczepienie<br/>personelu</b> | <b>szczepienie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Badań Klinicznych Piotr Napura<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                                                            |                                  |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                            | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Centrum Badań Klinicznych Przychodnia<br>Badań Klinicznych |                         | 2                              |
| 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                         |                                                            |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323      |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia(gabinet)podstawowej opieki<br>zdrowotnej         |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-651, Fryderyka Pautscha<br>5/7                 |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713452476                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne                                          |                         | 2                              |
| 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                                                |                         |                                |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325      |                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | CENTRUM MEDYCZNE AD- MED SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-539, ul. Jabłeczna 14/17                                 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 608519352                                                           |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 21894998                                                            |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA DLA RODZINY                                             |                         |                                |

|                                                   |                             |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, Syrokomli 1 | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 713256760                   |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                  |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                             |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326      |                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                        |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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 PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZE "EWA-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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 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 PIOTR TERCZYŃSKI |                       |                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, ul. Mikołaja Kopernika 11H/2    |                       |                         |
| telefon/ telefony:                                | 746 451 718                                         |                       |                         |

|                                                   |                                                      |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 20340281                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                      | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                         |                                                      |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330</b> |                                                                                                                | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                                       |                                |                                    |
| <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   | Wałbrzych 58-300, Bolesława Chrobrego 2                                                                        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 746643087                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                |                                |                                    |

|                                                     |                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331</b> |                                                               | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| 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                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332</b> |                                                              | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| 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                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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      |                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>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                    |                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                  |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335      |                                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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                    |                                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia otorynolaryngologiczna                    |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         |                                                    |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336      |                                                                                                                         | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego<br>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                    |                                                                                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|                                                   |                                                                                                                         |                         |                                |

|                                                   |                                                                                            |  |          |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Sp.<br>z o.o. |  | <b>1</b> |
| 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                         |                                                                                            |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337      |                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | EDWARD SZENDRYK NIEPUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NZOZ<br>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                    |                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                           |                         | <b>1</b>                       |
| 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                         | 2021-01-19                                                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338      |                                                                | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "ATENA" ROBERT ZIMOCH |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 55-100 Ujeździec Wielki 37b                                    |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 600816852                                                      |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930997097                                                      |                         |                                |
| 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 | Ujeździec Wielki 55-100, Ujeździec Wielki<br>37b               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 71 312 77 13                                                   |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                     |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339      |                                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | JOLANTA COP NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA" W ŁĄDKU<br>ZDROJU |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ 57-540, UL. WŁADYSŁAWA<br>BRONIEWSKIEGO 22                        |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 748147332                                                                     |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 890454789                                                                     |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia podstawowej opieki<br>zdrowotnej                                  |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek Zdrój 57-540, ul. Kościuszki 15                                         |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 748146910                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340 |  | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                              |  |                       |                         |



|                                                   |                                                                                                                                          |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Poradnia Rodzinna "Familia" Elżbieta<br>Jaworska i Adam Ślusarczyk Spółka<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                                                          |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piława Górna 58-240, Piastowska 2                                                                                                        |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 506131433                                                                                                                                |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                                                                               |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                          |                                 | <b>1</b>                               |

|                                                     |                                                      |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341</b> |                                                      | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "PHARMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PHARMED                                              |                                 |                                        |
| 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>1</b>                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                      | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | PHARMED                                              |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janowice Wielkie 58-520, Wojska<br>Polskiego 16      |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 757515117                                            |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                           |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                      |                                 | <b>1</b>                               |

|                                                     |                                                                                       |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342</b> |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Artur Tokarczyk                                                                       |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, ul. Stanisława<br>Wyspiańskiego 10/5                                |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 75/7718525                                                                            |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 20860840                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>ARTMED                                       |                                 |                                        |
| 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>1</b>                               |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>ARTMED - Przychodnia Lekarska w<br>Zgorzelcu |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zgorzelec 59-900, Wyspiańskiego 35a/2                                                 |                                 |                                        |
|                                                     |                                                                                       |                                 | <b>1</b>                               |

|                           |               |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|
| 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 Sosnowce                                                             |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sosnowka 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> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</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                       |                              |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                   | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>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                         |                                                   |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346      |                                                                       | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | OŚRODEK MEDYCyny RODZINNEJ SPÓŁKA<br>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                                                              |                         |                                |
| 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 | Sobótka 50-050, Strzelców 2                                           |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713394978 713394968 713394960                                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                            |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                       |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347      |                  | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Anna Petrov      |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-221 Pęcław 30 |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 697968596        |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 390737391        |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | NZO "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                         |                  |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348      |                                                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>LUBOMED Spółka cywilna Dariusz<br>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                                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>LUBOMED Spółka cywilna Dariusz<br>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                         |                                                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                                                                           |                         |                                |

|                                                   |                                           |          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, kpt. Stanisława Betleja 15a | <b>2</b> |
| telefon/ telefony                                 | 757817912                                 |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ LIFE-MED S.C. |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kłodzko 57-300, ul. Tadeusza Kościuszki<br>9A          |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 748143485                                              |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 21773912                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                        | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>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                           |                                                        |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> |                                                                            | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | WETO-MED MAŁGORZATA WALIGÓRA I<br>MARIA STANEK-PIOTROWSKA. SPÓŁKA<br>JAWNA |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCLAW 50-555, UL. KRYNICKA 20-22                                         |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 71/7901098                                                                 |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 21215916                                                                   |                                 |                                        |
| <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 50-555, Krynicka 20-22                                             |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 717901098                                                                  |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                                 |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                            |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> |                                                              | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | TOMASZ TUCHENDLER DR N. MED.<br>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                                                     |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE T&T MEDICAL                                 |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCLAW 53-030, PRZYJAŻNI 6/ U1                              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 713332499                                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                              |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> |                                                             | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| nazwa:                                              | PRZYCHODNIA "SKOMED" MARZENA<br>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                    |                                                             | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA "SKOMED" MARZENA<br>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      |                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Rodzinna Spółka z<br>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                    |                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej<br>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                         |                                                                 |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354      |                                      | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                             |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                      | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Gabinet szczepień                    |                         | 1                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-019, Eluarda 7            |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 713492721                            |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                           |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355      |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt Szczepień                                           |                         | 2                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, Aleja Rzeczypospolitej<br>116             |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 793874893 600990705                                       |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                           |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356 |                                                                                                    | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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 Łagiewnikach |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łagiewniki 58-210, Sportowa 9                        |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 748939399                                            |                                 |                                        |
| 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               |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warta Bolesławiecka 59-720, Warta Bolesławiecka 29a/2 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 757389980                                             |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                            |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                       |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                     |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> |                                                                     | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                                            |                                 |                                        |
| <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 54-130, bulw. Dedala 9B                                     |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 692449999                                                           |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                          |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                 |                                        |

|                                                     |                                                       |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> |                                                       | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| 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                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                       | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | SALMED Przychodnia Specjalistyczna                    |                                 | <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                           |                                                       |                                 |                                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360</b> |                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | SALUS Tomasz Grzeškowiak         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlec 55-095, ul. Wrocławska 8 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 512-616-234                      |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21811736                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                  |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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:                                  | 517578489                                                              |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 21835091                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Centrum Zdrowia Medfemina sp. z o.o. s.k.                              |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 50-570, Jerzego Kukuczki 5/8                                   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 517578489                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                        |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:                                              | A2 CLINIC A.KRAWCZYK - JAGMIN, 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                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Poradnia Internistyczna                                |                                | <b>2</b>                           |
| 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                           |                                                        |                                |                                    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363</b> |                                         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 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                                   |                                 |                                        |
| <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 | BIELAWA 58-260, JANA III SOBIESKIEGO<br>19A |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 500112078                                   |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                  |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                                 |                                        |

|                                                     |                                         |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> | Praktyka Chirurgiczna Adam Paszkowski   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              |                                         |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bielany Wrocławskie 55-040, Nektarowa 1 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 669090000                               |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 |                                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Praktyka Chirurgiczna                   |                                 | <b>1</b>                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bielany Wrocławskie 55-040, Nektarowa 1 |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 669090000                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                         |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                     |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> |                                                                     | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczne Provita Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Trzebnica 55-100, ul. św. Jadwigi 27A-B                             |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 603246712                                                           |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 21907293                                                            |                                 |                                        |
| <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   | Trzebnica 55-100, Świętej Jadwigi 27ab                              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony                                   | 532 689 939                                                         |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                                          |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                     |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                             |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366</b> |                                                                                             | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | "Milickie Centrum Zdrowia spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością" spółka<br>komandytowa |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Milicz 56-300, ul. Mikołaja Kopernika 3                                                     |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 713 844 905                                                                                 |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 21958391                                                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Milickie Centrum Zdrowia spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością spółka<br>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<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, ul. Mikołaja Kopernika<br>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                                       |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                 |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369      |                                                         | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                         | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| 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                         |                                                         |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370      |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Gemini-Med Sp. z o.o.                                     |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołów 56-100, Trzebnicka 20/4                             |                         |                                |

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 713897990  |  | <b>1</b> |
| Data dodania do wykazu    | 2021-01-08 |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu |            |  |          |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |                                                                                                  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ MEDICUS PLUS SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, ul.<br>Nauczycielska 2                                              |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 774317867                                                                                        |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 161586498                                                                                        |                                 |                                        |
| <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 Ząbkowicki 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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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                         |                                       |                         |                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Pro Familia Dzierżoniów   |                         | 1                           |
| 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                         |                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Pod Wierzbami Dzierżoniów |                         | 1                           |
| 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                         |                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Przychodnia Pro Familia filia Niemcza |                         | 1                           |
| 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      |                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie 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                    |                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA ZDROWIA GAMBIT SPÓŁKA<br>Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                         | 2                           |
| 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      |                                                                           | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | PENSJONAT POGODNEGO SENIORA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, ul.<br>Zamkowa 4A                            |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 609495596                                                                 |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 22379459                                                                  |                         |                             |
|                                                   |                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | PENSJONAT POGODNEGO SENIORA<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |

|                                                   |                                         |          |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Żąbkowicki 57-230, Zamkowa 4a | <b>1</b> |
| telefon/ telefony                                 | 748303965                               |          |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                         |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376      |                                             | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | SOLARZ BARTOSZ PPHU "SOLARIS" 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 personelu * | liczba zespołów (w 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 personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA 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 personelu * | liczba zespołów (w 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 personelu   | szczenie populacyjne        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w dziedzinie medycyny pracy lek. 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska w dziedzinie medycyny pracy lek. 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                         | 2021-01-26                                                                                       |                      |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379      |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | WISMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 52-129, ul. Antonia Vivaldiego 96 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 501104130                                        |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 361014181                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Punkt szczepień                                  |                         | 1                           |
| 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      |                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | BLUMED Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Rzepka |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żerniki Wrocławskie 55-010, ul. Kolejowa 22          |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 600330742                                            |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 20645721                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej               |                         | 1                           |
| 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                         |                                                      |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381      |                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:                                            | "MEDFEMINA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SZPITAL SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-558, Borowska 262                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 517578489                                                                      |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 362067363                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Medfemina                                                              |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-558, Borowska 262                                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517578489                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:                                            | Szpital Medfemina                                                              |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 54-118 Wrocław (Parking Stadionu Miejskiego); aleja Śląska 1                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517655479                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382 |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|----------------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------|
|                                              |  |                       |                         |

|                                                   |                                                                                   |                                 |                                        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | PHM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| nazwa:                                            | PHM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-Przychodnia<br>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>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>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                         |                                                                                   |                                 |                                        |

|                                                     |                                                  |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383</b> |                                                  | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jolanta<br>Ceglarska |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tyniec Mały 55-040, ul. Tarnopolska 10           |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 509845170                                        |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 362718270                                        |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                  | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                  |                                 |                                        |

|                                                     |                                                   |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384</b> |                                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie<br/>populacyjne</b>        |
| nazwa:                                              | RENMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Borek Strzeliński 57-160, ul. Klonowa 22          |                                 |                                        |
| telefon/ telefony:                                  | 607511607                                         |                                 |                                        |
| identyfikator REGON                                 | 362763453                                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| 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                           |                                                   |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                                                   |                               |                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> |                                                                                                                   | <b>szczenie<br/>personelu</b> | <b>szczenie<br/>populacyjne</b> |
| nazwa:                                              | Strońskie Centrum Medyczne im.<br>Marianny Orańskiej spółka cywilna Maria<br>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                                |                                |                                    |
| <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 | Stronie Śląskie 57-550, Hutnicza 12     |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 748142901                               |                                | <b>1</b>                           |
| 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                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lądek-Zdrój 57-540, Ostrowicza 1        |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 570104000                               |                                | <b>1</b>                           |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                         |                                |                                    |

|                                                     |                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WROCLAW 51-504, Marca Polo 21/1                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 71 7287288                                         |                                | <b>2</b>                           |
| 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      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OBORNIKI ŚLĄSKIE 55-120, TRZEBNICKA 37 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713878853 881555576                    |                                | <b>1</b>                           |
| 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                         |                                                |  |          |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389      |                                                                                    | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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                                                                          |                         |                                |
|                                                   |                                                                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                    | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                    |                         | <b>2</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 54-034, KAMIENNOGÓRSKA 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 SPORTOWO-LEKARSKA SPÓŁKA AKCYJNA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-612, al. Ignacego Jana 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 | WROCŁAW 51-612, al. Ignacego Jana 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 POLSKI OŚRODEK ROZWOJU 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 DIAGNOSTYCZNE                                 |                         | <b>1</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-066, ul. Stabłowicka 147 bud. 3                          |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 717 347 400                                                         |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                     |                         |                                |



| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | "FUNDACJA ABDOMED CAŁODOBOWA POMOC MEDYCZNA" SPÓŁKA KOMANDYTOWO- AKCYJNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 54-142, ul. Wacława Gąsiorowskiego 38                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 717071300                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 367930743                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | FUNDACJA ABDOMED CAŁODOBOWA 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                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | BENAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 51-518, ul. Strachocińska 159                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 668126069                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 367556523                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | MT MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-228, ul. Inżynierska 47A/U22                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664198903                                                                |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 369920625                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | MammaMed Centrum Opieki 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                           |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | ANALGOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wrocław 53-332, ul. Powstańców Śląskich 95                               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 693558212                                                                |                                |                                    |

|                                                   |                                        |                                |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 366545807                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                         |                                        |                                |                                    |

|                                                     |                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                                                                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| 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                                                  |                                |                                    |
| <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 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 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                                                  |                         | 7                              |
| 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                                                             |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                       | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | CENTRUM ZDROWIA JOANNA NEC-BAGIŃSKA I ARKADIUSZ BAGIŃSKI SPÓŁKA JAWNA |                         | 1                              |
| 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                         |                                                                       |                         |                                |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402      |                                                             | szczenie<br>personelu | szczenie<br>populacyjne |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 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                                                   |                       |                         |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403      |                                                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | MULTIMEDIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA<br>KOMANDYTOWA |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-318, ul. Zakrzowska 19A                                           |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713253446                                                                    |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 366991040                                                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Multimedika                                                                  |                         | <b>3</b>                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-318, Zakrzowska 19a                                               |                         |                                |
| telefon/ telefony                                 | 601799905                                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu                            | 2021-01-08                                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                              |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404      |                                                                             | szczenie<br>personelu   | szczenie<br>populacyjne        |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa:                                            | Łukasz Kozyra                                                               |                         |                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-643, Zachodnia 17/2                                              |                         |                                |
| telefon/ telefony:                                | 713555456                                                                   |                         |                                |
| identyfikator REGON                               | 930980240                                                                   |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                             | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista<br>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                         |                                                                             |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                             | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| nazwa:                                            | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista<br>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                         |                                                                             |                         |                                |

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

|                           |            |  |          |
|---------------------------|------------|--|----------|
| telefon/ telefony         | 748568787  |  | <b>1</b> |
| 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. Strzelińska 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 Lekarska Rodzinna Teresa Szczypeł    |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wiązów 57-120, Strzelińska 18                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 713931221                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-08                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-14                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408</b> |                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:                                              | Medimex Sp. z o.o.                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pszemno 58-125, ul. Słoneczna 9               |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 748519567                                     |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 022520780                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:                                              | Medimex Sp. z o.o.                            |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pszemno 58-125, ul. Słoneczna 9               |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 748519567                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-25                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                               |                                |                                    |

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

DYREKTOR  
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Łukasz Sendeki  
/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/