



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Wrocław, dnia 16 lutego 2021 r.

Poz. 818

OBWIESZCZENIE WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

z dnia 16 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. z 2020 r. 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

Załącznik do obwieszczenia Wojewody Dolnośląskiego z dnia 16 lutego 2021 r.

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

| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 09.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 757 380 070; 798 767 124 | | | | | | | | | | S | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 795 569 524 | | | | | | | | | | S | |
| Data dodania do wykazu | 22.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 795 569 524 | | | | | | | | | | S | |
| Data dodania do wykazu | 22.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 532 541 851 | | | | | | | | | | S | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Data dodania do wykazu | 24.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 08.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.12.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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: - NEONATOLOGIA, - 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 01.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.09.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | 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 | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-368 / Tytusa Chalubińskiego 1A | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-11-20) | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-369 / Marii Curie-Skłodowskiej 66 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-04 (obowiązuje od 2021-01-01) | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 59-100 / Wroclawska 46 | | X | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.01.2021 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 59-100 / Wroclawska 46 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.01.2021 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH: - NEONATOLOGIA, - GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-556 / Borowska 213 | | X | | | | | | | | III |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.02.2021 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | 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: | 74/ 64 89 806 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| 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) 74/64 89 660 (Gabinet Internistyczny) 74/64 89 959 (Dyżurka Pielęgniarska) 74/64 89 959 (Sekretariat) 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 30.09.2020 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 15.09.2020 |
| 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 | | | | | | | | | | 16.10.2020 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | 31.01.2021 |
| 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: | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | I POZIOM |
| telefon/ telefony | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|
| telefon/ telefony | | | X | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | X | | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 05.10.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izolatorium Hotel Wlenia | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-322 / Gajowicka 130 | | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-10-22 (obowiązuje od 2020-10-21) | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.01.2021 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 72 11-000 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390999441 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 76 72 11 801 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 76 72 11 945 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | X | | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 02.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | 15.12.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 5 |
| 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 | | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| telefon/ telefony | | ^ | | | | | | | | | | " |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | DaVita sp. z o.o | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-202 / Legnicka 48 budynek f | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609-543-321 601-082-146 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Stacja Dializ | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC/ 59-700 / Jeleniogórska 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 609-543-321 601-082-146 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.01.2021 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | III POZIOM W ZAKRESIE: - PSYCHIATRIA DLA DOROSŁYCH | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 571 306 316 ; 571 306 370; 571 306 384- lekarz dyżurny; Centrala +48 75 616 26 48 wew.316,370,384 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MIESZKO" 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) • 513 057 637 • 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 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, 2020-10-30 dodano do wykazu - 2 zespoły (obowiązuje od 2020-11-01) od 2020-11-16 dodano 1 zespół 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: | | <p>III POZIOM W NASTĘPUJĄCYCH ZAKRESACH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CHOROBY WEWNĘTRZNE, 2. KARDIOLOGIA, 3. CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ, 4. UROLOGIA, 5. CHIRURGIA OGÓLNA, 6. ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU, 7. NEUROCHIRURGIA, 8. NEUROLOGIA, 9. NEUROLOGIA - UDARY MÓZGU, 10. KARDIOCHIRURGIA, 11. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA, 12. ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II, 13. CHIRURGIA NACZYNIOWA, 14. PULMONOLOGIA I ALERGOLOGIA, 15. INTENSYWNY NADZÓR KARDIOLOGICZNY, 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 | | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |

| 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 | 13.10.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 ZDRÓJU | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LADEK-ZDRÓJ / 57-540 / Plac Mariański 7/8 | | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.01.2021 | | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | 14.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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: - CHIRURGIA OGÓLNA | | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-233 / Olbińska 32 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 01.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 geriatrici 71 37 74 205, kom. 883 372 778 IP oddziału ginekologiczno – położniczego 71 37 74 143, kom. 883 372 769 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 sobota i niedziela: 667 977 760 | | | | | | | | S |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.12.2020 | | | | | | | | |

| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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: - POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA, - 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 | 15.02.2021 | | | | | | | | | |

| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | Wroclaw / 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 / Pilczycka 144/148 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 23.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 13.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.12.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | BOGATYNIA / 59-920 / Szpitalna 16 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 500 451 697 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | X | | | | | | | II |
| 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 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 | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 10.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 831 33 33; 74 831 51 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020680960 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 74 834 41 10 74 834 41 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 | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | | | | | | | s | |
| telefon/ telefony | 74 834 41 82 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | x | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | x | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 13.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 30.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 14.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 22.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 16.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 10.11.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 31.12.2020 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|--|
| 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 | | | | | | | | | 5 |
| telefon/ telefony | 697 773 340 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.05.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 16.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 14.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 84 01 500 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021537784 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------------|----|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 768401578 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | X | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | X | | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 75 782 01 04 | | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020832110 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Kościelna 21 | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 75 782 01 30 ; 75 782 01 42 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | | | | | | | | | 5 | |
| telefon/ telefony | 75 782 01 68 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | X | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.02.2021 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 08.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.12.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu | 14.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 7767300 71 7767412 | | | | | | | | | S |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 14.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|----------------------------------|----|
| 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 | | | | | | | | | | | 5 |
| telefon/ telefony | 74 66 34 397 571 324 797 | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | X | | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-04 (obowiązuje od 2020-11-05) | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | "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 | 06.01.2021 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 14.10.2020 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.01.2021 | | | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.11.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 01.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|----|
| telefon/ telefony | | | X | | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | | 13.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 15.02.2021 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 88 77 100-101 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890047179 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 88 77 165 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 71 380 58 01 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 020749596 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 071 380 58 02 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg Dolny / 56-120 / Aleje Jerozolimskie 26 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 071 380 53 23 , 607 727 363 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | | | | | | | | 5 |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 20.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 5 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| telefon/ telefony | 76 87 79 635 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.09.2020 | | | | | | | | | | |
| 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: | II POZIOM | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | X | | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.02.2021 | | | | | | | | | | |
| 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 | dorażne 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 | KARPACZ / 58-540 / Myśliwska 13 | | | | | | | X | | | |
| 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 | dorażne 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 | 15.09.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | dorażne 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 | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1 | | | | | | | X | | | |
| 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 | dorażne 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 | SZKLARSKA PORĘBA / 58-580 / Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | w godzinach od 7-15- 75 845 82 40 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 890314440 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rościszów / 58-250 / 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 74 836-97-11 wew. 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 776 62 12 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021184819 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 71 776 62 40; 519 617 500 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | I POZIOM | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 03.12.2020 | | | | | | | | | |
| 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. | | | | X | | | | |
| 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 | | | | X | | | | |
| 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 pielęgniarskie | | | | | | | | |
| 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 | | | | X | | | | |
| 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 | | | | | | | X | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | 27.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | NZOZ Przychodnia Stomatologiczna "DORODENT" S.C. 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 | | 23.09.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | | 15.10.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | | 19.10.2020 | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 17.12.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | | 16.10.2020 | | | | | | | | | | |
| 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 | 16.10.2020 | | | | | | | | |
| 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 | 19.10.2020 | | | | | | | | |
| 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 | 29.10.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.12.2020 | | | | | | | | |

| 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 | 19.10.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.01.2021 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Uzdrowisko Cieplice Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością GRUPA PGU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / ks. Piotra Ściegiennego 9"b" | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 502 656 139 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 230827744 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie Lalka | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-560 / Park Zdrojowy 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.11.2020 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Łądek-Długopole Spółka Akcyjna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Wolności 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 814 63 85, 660 679 544 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288283 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie "Jan" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łądek-Zdrój / 57-540 / Paderewskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.12.2020 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Szczawno-Jedlina Spółka Akcyjna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Wojska Polskiego 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 74 84 93 148, 572 729 847 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288308 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Sanatorium Uzdrowskowie "Pionier" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój / 58-310 / Potockiego 4 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 | | | | | | | | |
| 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 Uzdrowskiy 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 | 11.01.2021 | | | | | | | | | |
| 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 | 16.12.2020 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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 | 10.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2021 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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 | 12.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2021 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| 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 | 12.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2021 | | | | | | | | | |

| 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 | 12.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.11.2020 | | | | | | | | | |

| 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 | 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 999/112 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2021 | | | | | | | | | |

| 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 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 2020-11-27 (obowiązuje od 2020-12-01) | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| 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 ZDROJU | | | | | | | | | |
| 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 ZDROJU | | | 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 | 25.01.2021 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 76 72-11-000 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390999441 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | II POZIOM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGNICA / 59-220 / Jarosława Iwaskiewicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.02.2021 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

16.02.2021

* 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 | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |

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

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

Wojewoda
Jarosław Obremski
Wojewoda Dolnośląski
/dokument podpisany elektronicznie/

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

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

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

Wojewoda
Jarosław Obremski
Wojewoda Dolnośląski
/dokument podpisany elektronicznie/

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

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

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

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

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 | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych / 58-309 / Sokołowskiego 4 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital im. dra A. Sokołowskiego | | 1 |
| 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 | | 3 |
| 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 | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 50-556 / Borowska 213 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| 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 | W | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | W | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 2 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu | | 5 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu | | 1 |
| 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 | 15.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnie | | 10 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 51-149 / Koszarowa 5 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.J.GROMKOWSKIEGO | | 2 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra / 58-506 / Ogińskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | | 2 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Powiatowy Zespól Szpitali | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica / 56-400 / Armii Krajowej 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A | | |
| telefon/ telefony: | 71 32 70 101; infolinia dla pacjentów 45 95 95 454 | | |
| identyfikator REGON | 000977893 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamińskiego 73A | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCLAWIU | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-124, Kamińskiego 73a | | |
| telefon/ telefony | 724 673 767 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | DOLNOSLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYN Y 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOLNOSLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYN Y RATUNKOWEJ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 54-049 / gen. Augusta Emila Fieldorfa 2 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |

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

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 71 37 74 100 oraz wew. do sekretariatu 101. | | |
| identyfikator REGON | 931082610 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 52-144 / Warszawska 2 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.A.FALKIEWICZA WE WROCLAWIU | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-114, Warszawska 2 | | |
| telefon/ telefony | 505940978 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 071/301 13 00 | | |
| identyfikator REGON | 000306816 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŁAWIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA / 55-200 / Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZOZ Oława | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 71 301 13 89 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| 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 | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRZEBNICA / 55-100 / Prusicka 53-55 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL IM.ŚW.JADWIGI ŚLĄSKIEJ W TRZEBNICY | | 2 |
| 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 | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW / 50-981 / Rudolfa Weigla 5 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| 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 | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie 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 | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie 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 | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia MSWiA we Wrocławiu | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-501, Grabiszyńska 35-39 | | |
| telefon/ telefony | 717984705; 717984740; 882132915 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA MEDINET NZOZ | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 51-124 / Henryka Michała Kamieńskiego 73A | W | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca "MEDINET" - Szpital Wrocław | W | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "Strzelińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | |
| telefon/ telefony: | w godzinach od 7.30 do 15.05 - 661 445 659 | | |
| identyfikator REGON | 020608708 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Strzelińskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN / 57-100 / Wrocławska 46 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | |
| telefon/ telefony: | 71 380 58 01 | | |
| identyfikator REGON | 020749596 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o.o. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁÓW / 56-100 / Inwalidów Wojennych 26 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Izba przyjęć | W | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg Dolny 56-120, Aleje Jerozolimskie 26 | | |
| telefon/ telefony | 71-319-99-07 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | |

| | | | |
|---|--|--|----------|
| nazwa: | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna w Wołowie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołów 56-100, ul. Piłudskiego 34 | | |
| telefon/ telefony | 71-319-99-07 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-14 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w 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 | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Specjalistyczne Centrum Medyczne im. Św. Jana Pawła II Spółka Akcyjna | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ / 57-320/ Jana Pawła II 2 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Bystrzyckie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA / 57-500 / Stefana Okrzei 49 | W | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | BYSTRZYCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystrzyca Kłodzka 57-500, Okrzei 49 | | |
| telefon/ telefony | 748111577 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | |
| telefon/ telefony: | 74 865 12 00 | | |
| identyfikator REGON | 000316418 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w KŁODZKU | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KŁODZKO / 57-300 / Szpitalna 1a | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital w Kłodzku | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Wojska Polskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 748672618 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | |
| telefon/ telefony: | w godzinach od 7.00 do 14.35 - 74 851 74 00; 74 851 71 00 | | |
| identyfikator REGON | 000311674 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚWIDNICY | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIDNICA / 58-100 / Leśna 27-29 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno- Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 74 88 77 100-101 | | |
| identyfikator REGON | 890047179 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. E. Biernackiego w Wałbrzychu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH / 58-301 / Ignacego Paderewskiego 10 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | |
| telefon/ telefony: | 74 64 19 119; 74 64 19 290 | | |
| identyfikator REGON | 891508607 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZICE / 58-160 / Marii Skłodowskiej-Curie 3-7 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MIKULICZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzi 58-160, M. Skłodowskiej-Curie 3-7 | | |
| telefon/ telefony | 746419292 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław / 54-144 / Pilczycka 144/148 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| nazwa: | SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie/ 57-200 / Bolesława Chrobrego 5 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-144, Pilczycka 144-148 | | |
| telefon/ telefony | 717117400 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA-PRZYCHODNIA PRZY UL.ŁOWIECKIEJ | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EMC PRZYCHODNIE ul. Zatorska 55a | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA-PRZYCHODNIA 1 PRZY DASZYŃSKIEGO | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z o.o. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻONIÓW / 58-200 / Cicha 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|----------------------------------|------------------------------------|

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 76 837 32 11 | | |
| identyfikator REGON | 000308784 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW / 67-200 / Tadeusza Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Podstawowa Opieka Zdrowotna | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | | |
| nazwa: | MIEDZIOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W LUBINIE | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-301 / Marii Skłodowskiej - Curie 66 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miedziowe Centrum Zdrowia SA | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miedziowe Centrum Zdrowia SA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN 59-301, MARII SKŁODOWSKIEJ- CURIE 74 | | |
| telefon/ telefony | 767231530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miedziowe Centrum Zdrowia SA | | |

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW 67-200, SPORTOWA 1b | | 1 |
| telefon/ telefony | 767231530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Miedziowe Centrum Zdrowia SA | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Jaworskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR / 59-400 / Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| 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 | Jawor 59-400, Szpitalna 3 | | |
| telefon/ telefony | 768703011 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Regionalne Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBIN / 59-300 / gen. Józefa Bema 5-6 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | REGIONALNE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM.A.WOLAŃCZYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Hoża 11 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Bogatyni | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGATYNIA / 59-920 / Leona Wyczółkowskiego 15 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 75/738 00 00; 75/738 02 60; 75/738 00 97 | | |
| identyfikator REGON | 000310338 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Jeleniogórska 4 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|---------------------------------|--|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Zgorzelcu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec/59-900/Lubańska 11-12 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu-Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, REYMONTA 1 | | |

| | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony | 571334661 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENIAWKA 59-921, ROLNICZA 25 | | |
| telefon/ telefony | 756494706 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, LUBAŃSKA 11-12 | | |
| telefon/ telefony | 571334931 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWONA WODA 59-940, 5 GRUDNIA 4 | | |
| telefon/ telefony | 571334641 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WLEŃ 59-610, OGRODOWA 8 | | |
| telefon/ telefony | 757136365 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet poz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRYFÓW ŚLĄSKI 59-620, MALOWNICZA 1 | | |
| telefon/ telefony | 756409900 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZGORZELEC 59-900, WARSZAWSKA 30 | | |
| telefon/ telefony | 571334651 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWARY / 58-530 / Sanatoryjna 15 | W | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| 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 | Kowary 58-530, Jeleniogórska 14d | | |
| telefon/ telefony | 532089551 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 75 721 39 20 wew. 300 | | |
| identyfikator REGON | 231190020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBAŃ / 59-800 / Zawidowska 4 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy | | 3 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | w godz. od 7:15 do 14:50 - nr telefonu kontaktowego 75 645 97 10 od poniedziałku do piątku, w godz. od 14:50 do 7:15 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni świąteczne - nr telefonu kontaktowego 76 645 96 00 | | |
| identyfikator REGON | 231139207 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Janusza Korczaka 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA W KAMIENNEJ GÓRZE SP. Z O.O. NZOZ SZPITAL POWIATOWY | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMIENNA GÓRA / 58-400 / Bohaterów Getta 10 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LWÓWEK ŚLĄSKI / 59-600 / Gustawa Morcinka 7 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| 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 | Lwówek Śląski 59-600, Gustawa Morcinka 7 | | |
| telefon/ telefony | 757820194 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-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: | | | |
| identyfikator REGON | 890053731 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Orla 4 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | 23 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁĄDKU ZDRÓJU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ / 57-540 / Jadwigi 2 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Sanatoryjny 1 | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji | | 1 |
| 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 | | |
|---------------------------|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM POD WEZWANIEM ŚWIĘTEJ JADWIGI ŚLĄSKIEJ PROWADZĄCE ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY DLA DOROSŁYCH | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica/ 55-100/ ul. ks. Dziekana Wawrzyńca Bochenka 30 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin/59-300/ ul. Marii Skłodowskiej-Curie 70 | | |
| telefon/ telefony: | | | |
| identyfikator REGON | 022416410 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin/59-300/ ul. Marii Skłodowskiej-Curie 70 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudna /59-305/ ul.Polna 3 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CUPRUM-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chobienia/59-305/ ul.Parkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudna 59-305, Polna 3 | | |
| telefon/ telefony | 608532599 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, Marii Skłodowskiej-Curie 70 | | |
| telefon/ telefony | 608532599 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chobienia 59-337, Parkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 608532599 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW / 53-439 / Grabiszyńska 105 | P | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Regionalna Przychodnia Specjalistyczna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-439, Grabiszyńska 105 | | |
| telefon/ telefony | 573 953 509 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCLAWIU | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|----------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/53-413/pl. Hirszfelda 12 | P | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/53-439/Grabiszyńska 105 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/50-226 / Józefa Conrada-Korzeniowskiego 18 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | IZERSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I CHEMIOTERAPII IZER-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szklarska Poręba/58-580/Sanatoryjna 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia POZ | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKIE CENTRUM PSYCHIATRII DŁUGOTERMINOWEJ W STRONIU ŚLĄSKIM | P | |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | OŚRODEK BADAWCZO - NAUKOWO - DYDAKTYCZNY CHOROÓB OTĘPIENNYCH IM. KSIĘDZA HENRYKA KARDYNAŁA GULBINOWICZA - OŚRODEK ALZHEIMEROWSKI | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawa/59-330/ ul. Jana Pawła II 12 | | |
| telefon/ telefony | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | OŚRODEK MEDYCyny PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 55-100/ Będkowo 1 | | |
| telefon/ telefony: | (071)387 29 15 | | |
| identyfikator REGON | 360565476 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK MEDYCyny PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ BĘDKOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 55-100/ Będkowo 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | OŚRODEK ŚWIĘTEGO JERZEGO WE WROCŁAWIU PROWADZĄCY ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 50-249/ul. Ludwika Rydygiera 22-28 | | |
| telefon/ telefony: | +48 71 393 08 29 w. 46 | | |
| identyfikator REGON | 022276067 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK ŚWIĘTEGO JERZEGO WE WROCŁAWIU PROWADZĄCY ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 50-249/ul. Ludwika Rydygiera 22-28 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec /59-730/ ul. Adama Asnyka 55 | | |
| telefon/ telefony: | +48 75 731 61 99 | | |
| identyfikator REGON | 230405204 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowogrodźcu | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec /59-730/ ul. Adama Asnyka 55 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia Gminna Nowogrodźcu | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogrodziec 59-730, Asnyka 55 | | |
| telefon/ telefony | 518902735 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Zebrzydowej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zebrzydowa 59-730, Zebrzydowa 130 | | |
| telefon/ telefony | 757363385 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | w godzinach od 7-15- 75 845 82 40 | | |
| identyfikator REGON | 890314440 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOWSKO / 58-351 / Parkowa 3 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Sanatoria Dolnośląskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieszycę/58-250/Rościszów 11 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | SP ZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE "BRISTOL"MSWIA W KUDOWIE-ZDROJU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa Zdrój/57-350/Okrzei 1 | | |
| telefon/ telefony: | | | |
| identyfikator REGON | 89045062 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ SANATORIUM UZDROWISKOWE "BRISTOL"MSWIA W KUDOWIE-ZDROJU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa Zdrój/57-350/Okrzei 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY MINISTERSTWA SPRAW WNEŹTRZNYCH I ADMINISTRACJI W JELENIEJ GÓRZE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Cieplicka 69-71 | | |
| telefon/ telefony: | 75 64 35 700 | | |
| identyfikator REGON | 230173142 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ SZPITAL SPECJALISTYCZNY MINISTERSTWA SPRAW WNEŹTRZNYCH I ADMINISTRACJI W JELENIEJ GÓRZE | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-560/Cieplicka 69-71 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Cieplickie Centrum Specjalistyki Ambulatoryjnej w Jeleniej Górze | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Cieplickie Centrum Leczenia Szpitalnego | | 1 |
| 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 | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/51-317/Bierutowska 63 | | |
| telefon/ telefony: | 71 345 64 20 | | |
| identyfikator REGON | 000639452 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/51-317/Bierutowska 63 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ (dla dorosłych) | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-500/Żeromskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 75/ 643-45-92 | | |
| identyfikator REGON | 022029624 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra/58-500/Żeromskiego 2 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STACJA OPIEKI CARITAS DIECEZJI LEGNICKIEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica/59-220/Poselska 14-16 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica Zdrój/57-320/Parkowa 4 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kudowa Zdrój/57-350/Moniuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UZDROWISKA KŁODZKIE SPÓŁKA AKCYJNA - GRUPA PGU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Duszniki Zdrój/57-340/Zielona 23 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Uzdrowiskowa | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica Zdrój 57-320, Parkowa 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 748680296 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Uzdrawiskowa | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Uzdrawiskowy Nr I Pawilon "Zameczek" | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | |
| 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 | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia uzdrawiskowa | | 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | |
| 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 | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | UZDROWISKO SZCZAWNNO - 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UZDROWISKO SZCZAWNNO - JEDLINA | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój/58-310/Kolejowa 14 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Uzdrawiskowy "Dom Zdrojowy" w Szczawnie - Zdroju | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój 58-310, Kolejowa 14 | | |
| telefon/ telefony | 748493130 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Uzdrawiskowy z Oddziałem Sanatoryjnym "Dom Zdrojowy" w Jedlinie-Zdroju | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNAWA SPÓŁKA Z O.O. - GRUPA PGU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świeradów-Zdrój/59-850/Piłsudska 33 | | |
| telefon/ telefony: | (075)782 06 61 | | |
| identyfikator REGON | 0230829737 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | UZDROWISKO ŚWIERADÓW - CZERNAWA SPÓŁKA Z O.O. - GRUPA PGU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świeradów-Zdrój/59-850/Piłsudska 33 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| 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 | Świeradów-Zdrój 59-850, Marszałka Józefa Piłsudskiego 33 | | |
| telefon/ telefony | 797502235 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VRATISLAVIA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/51-134/Lekarska 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VRATISLAVIA MEDICA Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-134, Lekarska 1 | | |
| telefon/ telefony | 713876600 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | |
| telefon/ telefony: | 571 306 316 lub 571 306 370 | | |
| identyfikator REGON | 000294190 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOLESŁAWIEC / 59-700 / Aleja Tysiąclecia 30 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W LUBIĄŻU | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż/56-100/Adama Mickiewicza 1 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 606 127 173 | | |
| identyfikator REGON | 001016173 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZŁOTORYJA / 59-500 / Szpitalna 9 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotorzy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Złotorzyja 59-500, Szpitalna 9 | | |
| telefon/ telefony | 768779300 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-14 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów/58-200/Słowiańska 3 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 321 44 01 | | |
| identyfikator REGON | 040000380 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW. ELŻBIETY | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów/58-200/Słowiańska 3 | | |
| telefon/ telefony | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne MEDVITA | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE - BIAŁY KAMIEŃ" SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W WAŁBRZYCHU | | 1 |
| 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 | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 54-401, Szwedzka 1B | | |
| telefon/ telefony | 713579271 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-14 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Kozanów | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-142, Dokerska 9 | | |
| telefon/ telefony | 71 369 90 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Stabłowice | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-062, Stabłowicka 125 | | |
| telefon/ telefony | 71 369 90 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Grabiszyn | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-433, Stalowa 50 | | |
| telefon/ telefony | 71 369 90 20 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Stare Miasto | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-159, Plac Dominikański 6 | | |
| telefon/ telefony | 71 369 90 43 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-136, Wszystkich Świętych 2 | | |

| | | | |
|---------------------------|--------------|--|--|
| telefon/ telefony | 71 369 90 47 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | Agata Wrońska- Kocąb | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Floriana Szarego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 867 66 66 | | |
| identyfikator REGON | 890132382 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Nowe Miasto | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŁBRZYCH 58-302, 11 LISTOPADA 116 | | |
| telefon/ telefony | 665948788 | | |
| | | | 1 |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | "FAMILIA" S.C. ALLY NOSIRU DANESI, 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FAMILIA" s.c. | | |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żarów 58-130, ul. Armii Krajowej 56 | | |
| telefon/ telefony: | 748580631 | | |
| identyfikator REGON | 891073339 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna Regina i Walenty Śliwa Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-306, ul. Uczniowska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 74 648 95 37 | | |
| identyfikator REGON | 890540490 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna Filia Podzámce | | 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Ewa Mazurek prowadzący przedsiębiorstwo lecznicze NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Mazurek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bystrzyca Kłodzka 57-500, 1-go Maja 5 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 811 21 30, 500 213 834 | | |
| identyfikator REGON | 890409671 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Mazurek | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA 57-500, 1 MAJA 5 | | |
| telefon/ telefony | 748112130 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczenie | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-452, Komuny Paryskiej 73A | | |
| telefon/ telefony | 713429146 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Lek. Edyta Niebudek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYSTRZYCA KŁODZKA 57-500, SIENKIEWICZA 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 746441950 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | NZOZ KINESIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Ignacego Paderewskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 748 339 080 | | |
| identyfikator REGON | 386814670 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ KINESIS | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Paderewskiego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 748339080 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | SALUS CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Janusza Kusocińskiego 3A | | |
| telefon/ telefony: | 748673728 | | |
| identyfikator REGON | 891064033 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | SALUS Centrum Medyczne Oddział Główny | | 1 |
| 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SALUS Centrum Medyczne filia w Dusznikach | | 1 |
| 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Salus Centrum Medyczne Filia w Bożkowie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bożków 57-441, Bożków 53 | | |
| telefon/ telefony | 746404444 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Salus Centrum Medyczne Filia w Nowej Rudzie | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Salus Centrum Medyczne filia w Ząbkowicach Śląskich | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|-------------|--------------------|----------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EWA SEWERYN | | 1 |
| 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 | | | |

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

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

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, ul. Dobrzyńska 21/23 | | |
| telefon/ telefony: | 071 77-47-770 | | |
| identyfikator REGON | 930266152 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | POZ Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, Dobrzyńska 21/23 | | |
| telefon/ telefony | 609101022 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | "ZESPÓŁ PRAKTYK LEKARSKICH" EWA CHRZANOWSKA, KRYSZYNA WOLAŃSKA, PIOTR WOLAŃSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżoniów 58-200, Osiedle Tęczowe 12A | | |
| telefon/ telefony: | 748316599 | | |
| identyfikator REGON | 890418813 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ PRAKTYK LEKARSKICH EWA CHRZANOWSKA, KRYSZYNA WOLAŃSKA, PIOTR WOLAŃSKI SPÓŁKA JAWNA | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|----------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | Manamedica Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wotów 56-100, ul. Inwalidów Wojennych 13 | | |
| telefon/ telefony: | 607334051 | | |
| identyfikator REGON | 22102249 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wotów 56-100, ul. Inwalidów Wojennych 13 | | |
| telefon/ telefony | 713895360 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| 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 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-675, Partyzantów 72 | | |
| telefon/ telefony | 713728029 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W DUSZNIKACH ZDROJU" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, ul. Lipowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 866 90 55 | | |
| identyfikator REGON | 891048436 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, Lipowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 690352864 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Krzysztof Piórkowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, Wojska Polskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 748682681 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Filia w Ścinawce Dolnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawka Dolna 57-409, Ścinawka Dolna 16 | | |
| telefon/ telefony | 748715334 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata Sławin Sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kiełczów 55-093, Wilczycka 14 | | |
| telefon/ telefony | 713988015 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Agata Sławin Sp. z o.o., Filia w Pisarzowicach | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pisarzowice 55-330, Wrocławska 22/1 | | |
| telefon/ telefony | 713146134 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Waldemar Chrystowski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-455, ul. gen. Karola Kniażewicza 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, Kniażewicza 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 | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-351, Mikołaja Sępa-Szarzyńskiego 30/3-4 | | |
| telefon/ telefony | 713277500 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | "Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Mierzińska" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, pl. Wolności 18 | | |
| telefon/ telefony: | 713931475 | | |
| identyfikator REGON | 21723682 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 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 109 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|----------------------|--------------------|----------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | 2 |
| 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 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Piotr Szmigiel | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEKIERCZYN 59-818, SIEKIERCZYN 341 | | |
| telefon/ telefony | 757221712 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

| | | | |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|

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

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

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Danuta Rozbicka Janusz Kliszcz spółka cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśna 59-820, ul. Baworowo 67 | | |
| telefon/ telefony: | 75 / 72 11 313 | | |
| identyfikator REGON | 230485663 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Pobiednej | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Maria Anna Wojtaszewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 58-113 Lutomia Dolna 28 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 8502711 | | |
| identyfikator REGON | 891095619 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | |
|---|--|----------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wiejski Ośrodek Zdrowia Lutomia Dolna | 1 |
| 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 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------------|---------------------------------|
| nazwa: | "MEDICA" S.C. PANEK VIOLETTA, PIOTROWSKA-PYRGAŁ AGATA, KURZYŃSKA IZABELA, KRACZKO ANDRZEJ, LISZKA ROBERT | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec 59-900, ul. Warszawska 30 | | |
| telefon/ telefony: | 75 775 72 11 | | |
| identyfikator REGON | 230839262 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | MEDICA S.C. PANEK VIOLETTA, PIOTROWSKA-PYRGAŁ AGATA, KURZYŃSKA IZABELA, KRACZKO ANDRZEJ, LISZKA ROBERT | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dobroszycach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobroszyce 56-410, ul. Wojska Polskiego 22 | | |
| telefon/ telefony: | 71 314-11-05 | | |
| identyfikator REGON | 930676915 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBROSZYCE 56-410, WOJSKA POLSKIEGO 22 | | |
| telefon/ telefony | 71 314 11 05 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| nazwa: | MAŁGORZATA BEREZA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-046, ul. Sądowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 713 435 532 | | |
| identyfikator REGON | 932012361 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | | |

| | | |
|---|--|----------|
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | 1 |
| 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 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA W CHOJNOWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chojnów 59-225, ul. Legnicka 12 | | |
| telefon/ telefony: | 768188514 | | |
| identyfikator REGON | 390632090 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA W CHOJNOWIE | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS | | 2 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne MEDICUS | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinnej | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Elżbieta Wenta-Starostka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, ul. Kłodzka 65 | | |
| telefon/ telefony: | 74 868-92-49 | | |
| identyfikator REGON | 890546630 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Odrzychowice Kłodzkie 57-360, Kłodzka 65 | | |
| telefon/ telefony | 748689249 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Dorota Babiak | | 2 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "ESKULAP | | |
| 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIERUTOWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierutów 56-420, ul. Juliusza Słowackiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 71 314-60-23 | | |
| identyfikator REGON | 930671148 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa w Bierutowie | | |
| 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWO- USŁUGOWE "MEDCOM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojkowice 55-020, ul. Zdrowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 316 40 28 | | |
| identyfikator REGON | 932224360 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet lekarza rodzinnego | | |
| 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 | | | 3 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | HIPOKRATES - GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, ul. Warszawska 30 | | |
| telefon/ telefony: | 71 3032455; 71 3032434 | | |
| identyfikator REGON | 932242010 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Hipokrates | | |
| 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 | | | 1 |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZYCACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pieszycy 58-250, ul. Królowej Jadwigi 1 | | |
| telefon/ telefony: | 748365362 | | |
| identyfikator REGON | 891100480 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszyicach | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żmigród 55-140, ul. Lipowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 71 385-35-14 | | |
| identyfikator REGON | 930938775 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żmigród 55-140, Lipowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 713853514 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Powidzko 55-140, Powidzko 19 | | |
| telefon/ telefony | 713856694 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO LECZNICZE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BHMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Strzebińska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 853 76 06 | | |
| identyfikator REGON | 890480893 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Strzebińska 6 | | |
| telefon/ telefony | 748515483 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych-Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. | | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polkowice 59-100, Kardynała B. Kominka 7 | | |
| telefon/ telefony | 767460800 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ścinawa 59-330, Władysława Jagiełły 2 | | |
| telefon/ telefony | 768174830 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GAWORZYCACH | | |

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

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

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawonia 55-106, Spacerowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 713128168 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wińsko 56-160, plac Wolności 13 | | |
| telefon/ telefony | 713898025 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzelów 56-160, Krzelów 49 | | |
| telefon/ telefony | 713899181 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ Przychodnia Rejonowa w Świerzawie | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MYSŁAKOWICACH | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ESKULAP SPÓŁKA z o.o filia Lewin Kłodzki | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Kłodzki 57-343, Graniczna 7 | | |
| telefon/ telefony | 748698462 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Bartosz Suchowiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, ul. Ignacego Paderewskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 74/8335263 | | |
| identyfikator REGON | 890700248 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Bartosz Suchowiak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, IGNACEGO PADEREWSKIEGO 5 | | |
| telefon/ telefony | 748335263 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|--------------------|----------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Gwarna | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-001, Gwarna 6A | | |
| telefon/ telefony | 600800144 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZYCH 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 | | szczepienie 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--|----------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZABOBRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELEŃ 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 | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej -Ośrodek Zdrowia w Wiszni Małej | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Lubiążu | | |

| | | |
|---|-----------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiąż 56-100, Willmanna 23 | 1 |
| telefon/ telefony | 713897184 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W TYŃCU LEGNICKIM | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MŚCIWOJOWIE | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W LEGNICKIM POLU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnickie Pole 59-241, ul. Klasztorna 20 | | |
| telefon/ telefony: | 768582825 | | |
| identyfikator REGON | 390651005 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Marlina Wiśniewska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 53-124, al. Lipowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 502752830 | | |
| identyfikator REGON | 930184939 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej | | 2 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED" TOMASZ KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec 59-900, ul. Władysława Stanisława Reymonta 1 | | |
| telefon/ telefony: | 75/7758432 | | |
| identyfikator REGON | 230882393 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICZY "EURO-MED" TOMASZ KOTYŁO, ADAM ZAGÓRSKI SPÓŁKA JAWNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgorzelec 59-900, Reymonta 1 | | |
| telefon/ telefony | 757758432 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Łakiewicz-Jaskulski Spółka Cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milicz 56-300, al. Lipowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 71/383 11 44 | | |
| identyfikator REGON | 932070571 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechlów 56-215, ul. Krótka 5 | | |
| telefon/ telefony: | 655442183 | | |
| identyfikator REGON | 932019340 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | 2 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czernina 56-200, Rydyńska 31 | | |
| telefon/ telefony | 601444156 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | EDYTA SIERAKOWSKA PRAKTYKA 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-046, Sądowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 713435532 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |

| | | |
|---|------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nielubia 67-231, nielubia 51 | 1 |
| telefon/ telefony | 768314224 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

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

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

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

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

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIESZYCE 58-250, SPORTOWA 2 | | |
| telefon/ telefony | 748300870 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------|

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

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

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SPG ZOZ W PRZEWORNIE | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--|----------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia w Ciepłowodach | | 1 |
| 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 | Dzierżonów 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" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA W PROCHOWICACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prochowice 59-230, ul. Antoniego Rymszy 3 | | |
| telefon/ telefony: | 076 858-45-21 | | |
| identyfikator REGON | 390651784 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PROCHOWICE 59-230, ANTONIEGO RYMSZY 3 | | |
| telefon/ telefony | 768584478 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|--------------------|----------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR SZMORAĞ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Fabryczna 52-414, ul. Michała Śniegockiego 15 | | |
| telefon/ telefony: | 71/3635419 | | |
| identyfikator REGON | 930909058 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA GRUPOWA LEKARZY RODZINNYCH "MED-OPOR" S.C. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EWA STOJEK, SŁAWOMIR SZMORAĞ | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica 55-100, ul. Tadeusza Kościuszki 10 | | |
| telefon/ telefony: | 71 387-28-38 | | |
| identyfikator REGON | 932255520 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE TRZEBNICA - ZDRÓJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| 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 A. Zajęc, U. Łączyńska-Remza, P. Podtowski 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 A. Zajęc, U. Łączyńska-Remza, P. Podtowski Spółka Cywilna | | 1 |
| 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 ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Ruda 57-400, ul. Bohaterów Getta 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. | | |
| 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 | | | |
| | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ EVITA Sp. z o.o. Filia nr 1 | | |
| 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 | | | |
| | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ EVITA Sp. z o.o. Filia nr 2 | | |
| 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 | | | |
| | | | 1 |

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

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | PETRONELA GORAJEWSKA PRZEDSIĘBIORSTWO LECZNICZE NZOZ 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczyeń | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | BOŻENA WOŁOSZCZUK-GORZKOWSKA, MARIA PAŁETKO - KONTRAKTOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH - 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych - spółka partnerska | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEJSKI OŚRODEK 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczyeń | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA GRAŻYNA IWAN-DYŚ JACEK 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| 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 | | | 1 |

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

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "AR-MED" s. c. Głowienkowska R., Kościelniak M., Markowska A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 52-118, ul. Chińska 4/1B | | |
| telefon/ telefony: | 71/7173521 | | |
| identyfikator REGON | 932668512 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | AR-MED s. c. Głowienkowska R., Kościelniak M., Markowska A. | | |
| 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 | | | 2 |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Grażyna Chomicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-441, ul. Mosiężna 35/04-mar | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 792 30 01 | | |
| identyfikator REGON | 930055426 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Grażyna Chomicz | | |
| 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | "NZOZ BBS Przychodnia Lekarska" Bednarczyk Henryk, Bednarczyk Bożena, 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ BBS Przychodnia Lekarska Bednarczyk Henryk, Bednarczyk Bożena, Bury Zdzisława | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-411, al. Aleksandra Brücknera 47-49 | | |
| telefon/ telefony: | 71/3253331 | | |
| identyfikator REGON | 932661668 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZOZ PSIE POLE Przychodnia Specjalistyczna Nr 2 | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | ANETA WIKTOROWSKA, JANINA STANNY SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Ludwika Waryńskiego 18 | | |
| telefon/ telefony: | 746411430 | | |
| identyfikator REGON | 891100964 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Zastrzyk | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, Ludwika Waryńskiego 18 | | |
| telefon/ telefony | 746411430 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA REJONOWA W ZŁOTORYI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Złotoryja 59-500, ul. Kwiska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 768783187 | | |
| identyfikator REGON | 390632404 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA REJONOWA W ŻŁOTORZY | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żłotorzja 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA JAWNA A.ANTAS, M.TUNIK, M.SIEMIENAS- PALICHLEB J.POLESZCZUK A.WŁODARSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, ul. Wrocławska 23A | | |
| telefon/ telefony: | 746 410 464 | | |
| identyfikator REGON | 891345074 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | ZDROWIE"sp.j. A.ANTAS,M.TUNIK, M.SIEMIENAS-PALICHLEB, J.POLSZCZUK, A.WŁODARSKI | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbkowice Śląskie 57-200, WROCLAWSKA 23a | | |
| telefon/ telefony | 746410474 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | Danuta Łydzba | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marcinowice 58-124, ul. Leopolda Staffa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 74/8585300 | | |
| identyfikator REGON | 890480568 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marcinowice 58-124, Staffa 1 | | |
| telefon/ telefony | 748585300 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | Spółka Lekarska "BIEGUNOWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, ul. Biegunowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 767 221 550 | | |
| identyfikator REGON | 390764100 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Spółka Lekarska "BIEGUNOWA" Przychodnia "BIEGUNOWA" | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | "ARS MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-111, ul. Ślężna 118 | | |
| telefon/ telefony: | 748181824 | | |
| identyfikator REGON | 891349876 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Zakład Usług Lekarskich "ZDROWIE" 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Pracownia diagnostyki laboratoryjnej (Laboratorium) | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | PULS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, ul. Stanisława Moniuszki 9 | | |
| telefon/ telefony: | 76/7276481 | | |

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

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

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "MEDICOR" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-231, ul. Trzebnicka 88 | | |
| telefon/ telefony: | 71 329-32-31 | | |
| identyfikator REGON | 932653982 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia POZ | | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-231, Trzebnicka 88 | | |
| telefon/ telefony | 713293231 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | Piotr Polański Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mieroszów 58-350, ul. Nad Potokiem 4 | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony: | 74/8458272 | | |
| identyfikator REGON | 890437124 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Biogenes" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | 2 |
| 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 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | Nazwa CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES | | 2 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W JANOWICACH WIELKICH | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowice Wielkie 58-520, ul. Sudecka 15 | | |
| telefon/ telefony: | 757547500 | | |
| identyfikator REGON | 10650629 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL REHABILITACYJNY W JANOWICACH WIELKICH | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 2 |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 2 |
| 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 | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TATRZAŃSKA" | | |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-507, Ziębicka 34-38 | | |
| telefon/ telefony | 717731406 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Firma Lekarska KAMA s.c. Lek. med. Marek Szewczyk, Lek. med. Katarzyna Szewczyk | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĄTY WROCŁAWSKIE 55-080, 1 MAJA 78 | | |
| telefon/ telefony | 713167304 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 51-665, CANALETTA 4 | | |
| telefon/ telefony | 713489049 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krośnice 56-320, Parkowa 37 | | |
| telefon/ telefony | 713846288 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA REJONOWA | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Medica s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, 11 Listopada 14 | | |
| telefon/ telefony | 713133691 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, 11 Listopada 14 | | |
| telefon/ telefony | 713133691 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-14 | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gromadka 59-706, Szkolna 18A | | |
| telefon/ telefony | 757382350 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Krzepowie | | 1 |
| 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 | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA PIASKOWA GÓRA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, ul. Główna 4 | | |
| telefon/ telefony: | 748416654 | | |
| identyfikator REGON | 891059256 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie 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 | | szczenie 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Lekarsko - Rehabilitacyjna Przychodnia Rodzinna "AMICUS" Maria Kaczmarzyk i Wspólnicy Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, ul. Stanisława Staszica 27 | | |
| telefon/ telefony: | 74 832-09-70 645-76-10 | | |
| identyfikator REGON | 891508056 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, Staszica 27 | | |
| telefon/ telefony | 748320970 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-123, ul. Oławska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 71 344-93-02 | | |
| identyfikator REGON | 294846 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | |
| 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 | | | 2 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Mirsk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, ul. Adama Mickiewicza 36 | | |
| telefon/ telefony: | 75 783-43-57 | | |
| identyfikator REGON | 230926127 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Mirsk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, Adama Mickiewicza 36 | | |
| | | | 1 |

| | | | |
|---------------------------|---------------------|--|----------|
| telefon/ telefony | 757834357 724395717 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | VIS-MED | | 1 |
| 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 | | | |

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

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

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

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "AR-VITA" USŁUGI MEDYCZNE S.C. RYSZARD I ALICJA MOJZESOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Kliczkowska 37 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 640 19 19 | | |
| identyfikator REGON | 890483058 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | AR-VITA USŁUGI MEDYCZNE S.C. RYSZARD I ALICJA MOJZESOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, Kliczkowska 37 | | |
| telefon/ telefony | 746401919 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Wądrożu Wielkim | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-430 Wądroże Wielkie 167 | | |
| telefon/ telefony: | 076 88-74-421 | | |
| identyfikator REGON | 390203175 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Zdrowia w Wądrożu Wielkim | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄDROŻE WIELKIE 59-430, WĄDROŻE WIELKIE 167 | | 2 |

| | | | |
|---------------------------|------------|--|---|
| telefon/ telefony | 768874421 | | – |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-500, Grottgera 10 | | |
| telefon/ telefony | 756422500 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-570, ul. Cieplicka 126 A | | |
| telefon/ telefony: | 75 75-264-62 | | |
| identyfikator REGON | 1082454 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Pogotowie Ratunkowe w Jeleniej Górze | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-506, Różyckiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 756417100 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN 57-100, plac I-go Maja 10 | | |
| telefon/ telefony | 713922240 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZELIN 57-100, Adama Mickiewicza 20 | | |
| telefon/ telefony | 713922240 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 3 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZDROWIE RODZINY LUBOS, SITKOWSKA- KWAS, SPÓŁKA PARTNERSKA, LEKARZE | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DOBROMED" | | 5 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Żórawinie | | 1 |
| 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. 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. | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oborniki Śląskie 55-120, Trzebnicka 37 | | |
| telefon/ telefony | 713 102 003 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASTRA-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ PRUSY | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Całodobowy oddział terapii uzależnień | | 2 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jacek Krajewski | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Zagrodnie | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNICY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, ul. Mikołaja Reja 10 | | |
| telefon/ telefony: | 71 798-28-03 | | |
| identyfikator REGON | 931616743 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OLEŚNICY | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LUBMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubin 59-300, ul. Gwarków 82 | | |
| telefon/ telefony: | 767467650 | | |
| identyfikator REGON | 390944753 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Nr 1 | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Nr 2 | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Nr 3 | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital - Zarzecze | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia w Karpaczu | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | Przychodnia w Jeleniej Górze - Cieplice | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH "PROXIMUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-428, ul. Żelazna 34 | | | |
| telefon/ telefony: | 71/7836250 | | | |
| identyfikator REGON | 931950666 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Centrum Usług Medycznych "PROXIMUM" Sp. z o.o. | | | |
| 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 | | | | |

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

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dorota Konopacka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skokowa 55-110, Prusicka 22a | | |
| telefon/ telefony: | tel/fax71/312 65 99 | | |
| identyfikator REGON | 932774680 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Dorota Konopacka | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skokowa 55-110, Prusicka 22a | | |
| telefon/ telefony | 713126599 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Kazimierz Juźwin | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Domaszków 57-530, ul. Kolejowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 512112614 | | |
| identyfikator REGON | 890457753 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzylesie 57-530, Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony | 748126377 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| 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 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "TWÓJ LEKARZ" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, Stanisława Staszica 27 | | |
| telefon/ telefony | 757346767 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "ESKULAP" Waldemar Leśnikowski i Agnieszka Pawłowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Partnerska z siedzibą w Polanicy Zdrój | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polanica-Zdrój 57-320, ul. Warszawska 20 | | |
| telefon/ telefony: | 74 868 19 90 | | |
| identyfikator REGON | 891344241 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLANICA-ZDRÓJ 57-320, WARSZAWSKA 20 | | 1 |
| telefon/ telefony | 748621290 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

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

| | | | |
|---|---|-------------------------------|---------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-211, Stobrawska 2 | | |
| telefon/ telefony | 713567900 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| 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 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Franciszek Hertman NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. FRANCISZEK HERTMAN | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| 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 | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-----------------------|-------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ESKULAP" MAJDOWSKA - CIUPIŃSKA, KILIJANEK I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Spółdzielcza 4 | | |
| telefon/ telefony: | 748657888 | | |
| identyfikator REGON | 891419996 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 27c | | |
| telefon/ telefony: | 71 352 18 35 | | |
| identyfikator REGON | 891375359 | | |
| 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, 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 | | 1 |
| 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 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejsu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedlina-Zdrój 58-330, Wałbrzyska 2/1 | | |
| telefon/ telefony | 748455978 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-14 | | |

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

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA GAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-555, ul. Krynicka 51 | | |
| telefon/ telefony: | 71/3361230,71/3731962 | | |
| identyfikator REGON | 932723292 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejsu) |
| nazwa: | Przychodnia GAJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-555, Krynicka 51 | | |
| telefon/ telefony | 573 240 281 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Albus" | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | "AMICUR - Krystyna Lechka - Florjańska i Partnerzy" - Lekarska Spółka Partnerska" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Śródmieście 50-311, ul. Elizy Orzeszkowej 55/57 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 322 17 44 | | |
| identyfikator REGON | 932826388 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia ogólna POZ | | 3 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | NZOZ ELMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | "Przychodnia Rejonowo- Specjalistyczna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelcz-Laskowice 55-231, ul. Józefa Bożka 13 | | |
| telefon/ telefony: | 71/3182339 | | |
| identyfikator REGON | 932833260 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna sp. z o.o. | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | MEDICOR S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELCZ-LASKOWICE 55-220, ul. Józefa Bożka 11 | | |
| telefon/ telefony: | 71 381 13 46 | | |
| identyfikator REGON | 932822730 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Medicor s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelcz-Laskowice 55-220, Bożka 11 | | |
| telefon/ telefony | 713811346 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz Rodzinny" Filia Kopernika | | |

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

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZO "TWÓJ LEKARZ" SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobierzyce 55-040, ul. Wincentego Witosa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 311 15 10 | | |
| identyfikator REGON | 932702999 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobierzyce 55-040, Wincentego Witosa 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 713111236 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Śleza 55-040, Przystankowa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 713111236 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | CITODENT RODZINNY SPÓŁKA JAWNA FURTAK-POBROTYN I S-KA. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-403, ul. Dobrzyńska 21/23 | | |
| telefon/ telefony: | 717234736 | | |
| identyfikator REGON | 932900676 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medicito Wojewódzka Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-450, Zygmunta Krasińskiego 29 piętro III | | |
| telefon/ telefony | 717262662 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Wojewódzka Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej - Filia w Długotce | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Długoteka 55-095, Wrocławska 24a | | |
| telefon/ telefony | 713152115 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |

| | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MediCito | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-033, Zwycięska 25-35/15 | | |
| telefon/ telefony | 513969054 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | EDMUND KRYŚ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-303, Niepodległości 58 | | |
| telefon/ telefony: | 748434161 | | |
| identyfikator REGON | 931866575 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | EDMUND KRYŚ | | 1 |
| 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" | | 2 |
| 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 * | |
| 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 | | |
| 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 | | | |
| | | | 1 |

| | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| 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 | | |
| 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 | | | |
| | | | 1 |

| | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI AMBULATORYJNEJ W KĄTACH WROCŁAWSKICH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĄTY WROCŁAWSKIE 55-080, STANISŁAWA STASZICA 9 | | |
| telefon/ telefony | 713166021 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI AMBULATORYJNEJ W MIETKOWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mietków 55-081, ul. Kolejowa 37 | | |
| telefon/ telefony | 713168115 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| | | | 1 |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemków 59-170, Długa 4 | | |
| telefon/ telefony | 768319409 768319477 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO HALINA MELKO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oława 55-200, ul. Bolesława Chrobrego 23B | | |
| telefon/ telefony: | 713137413 | | |
| identyfikator REGON | 932089955 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia lekarza rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŁAWA 55-200, BOLESŁAWA CHROBREGO 23B 23B | | |
| telefon/ telefony | 713137413 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego | | |
| 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 | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć filia w Jemielnie | | |
| 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 | | | 1 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED" Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Małgorzata Kopeć, Witold Kopeć Filia w Luboszytach | | |
| 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 | | | 1 |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | BONITAS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żmigród 55-140, ul. Zamkowa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 385 31 23 | | |
| identyfikator REGON | 367622473 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | STRZEGOMSKIE CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 2 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CITO-MED" | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|-----------------------------------|--------------------|----------------------|
| nazwa: | Witostaw Wiśniewski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jerzmanowa 67-222, ul. Brzozowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 60 18 70 222 | | |
| identyfikator REGON | 390609701 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|--------------------|----------------------|
| nazwa: | NZOZ GŁOGOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Marii Skłodowskiej-Curie 11 | | |
| telefon/ telefony: | 76 835 86 55 | | |
| identyfikator REGON | 366292298 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogów 67-200, Marii Skłodowskiej - Curie 11 | | |
| telefon/ telefony | 768358350 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|--------------------|----------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWY SOBIĘCIN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-305, ul. Karkonoska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 848 65 60 | | |
| identyfikator REGON | 891508889 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet szczepień | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Andrzej Hac PRO - MED | | 1 |
| 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 | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-013, Opolska 131 | | |
| telefon/ telefony | 122950100 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Pl.Grunwaldzki | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-384, pl. Grunwaldzki 18-20 | | |
| telefon/ telefony | 122950100 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Wrocław Parkowa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-616, ul. Parkowa 46 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Wrocław Kraśińskiego | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-946, Zygmunta Kraśińskiego 9 | | |
| telefon/ telefony | 126298800 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-306, Uczniowska 16 | | |
| telefon/ telefony | 746334680 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-609, Fabryczna 6 | | |
| telefon/ telefony | 713882340 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-024, Świdnicka 40 | | |
| telefon/ telefony | 717475100 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-088, Swobodna 1 | | |
| telefon/ telefony | 717564100 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-082, Piotra Skargi 3 | | |
| telefon/ telefony | 717571552 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Data wykreślenia z wykazu | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CM Wrocław Tarasy Grabiszyńskie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-001, Grabiszyńska 240 | | |
| telefon/ telefony | 500900530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CM Wrocław Globis | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 7a | | |
| telefon/ telefony | 500900530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CM Wrocław Strzegomska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-611, Strzegomska 36 | | |
| telefon/ telefony | 500900530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Arkady Wrocławskie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-333, ul. Powstańców Śląskich 2-4 | | |
| telefon/ telefony | 224340909 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--|----------|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE POLMED -Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Kliniki i Laboratoria Medyczne INVICTA | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elion Praktyka Medyczna | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|----------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-009, ul. Borówczana 50 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 361 7775 | | |
| identyfikator REGON | 930214994 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MAŁGORZATA ROLA-ZIĘBA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------|----------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| nazwa: | BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-417, ul. gen. Romualda Traugutta 57/59 | | |
| telefon/ telefony: | 717120700 | | |
| identyfikator REGON | 301277131 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Bonifraterskie Centrum Rehabilitacyjno- Opiekuńcze | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE DOLMED SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-674, ul. Legnicka 40 | | |
| telefon/ telefony: | 713550974 | | |
| identyfikator REGON | 20126777 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy | | 4 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Badań Klinicznych Piotr Nopora 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Badań Klinicznych Przychodnia 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "Centrum Medyczne" M.Szewczyk i S-ka, sp.j. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Śródmieście 51-651, ul. Fryderyka Pautscha 5/7 | | |
| telefon/ telefony: | 71 / 345 24 76 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON | 933045635 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia(gabinet)podstawowej opieki zdrowotnej | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-651, Fryderyka Pautscha 5/7 | | |
| telefon/ telefony | 713452476 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ŚRÓDMIEŚCIE A. NOCOŃ, P. NAPORA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-349, ul. Henryka Sienkiewicza 37/39 | | |
| telefon/ telefony: | 71/321 32 20 | | |
| identyfikator REGON | 933038434 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE AD- MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-539, ul. Jabłeczna 14/17 | | |
| telefon/ telefony: | 608519352 | | |
| identyfikator REGON | 21894998 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | PRZYCHODNIA DLA RODZINY | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, Syrokomli 1 | | |
| telefon/ telefony | 713256760 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | |

| | | | |
|---|--|--|----------|
| nazwa: | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Górze | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień | | 1 |
| 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | "PRO VITA" S.C. MARLENA TERCZYŃSKA PIOTR TERCZYŃSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, ul. Mikołaja Kopernika 11H/2 | | |
| telefon/ telefony: | 746 451 718 | | |
| identyfikator REGON | 20340281 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRO VITA S.C. MARLENA TERCZYŃSKA PIOTR TERCZYŃSKI | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzierżonów 58-200, Kopernika 11h-2 | | |
| telefon/ telefony | 746451718 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA KRZYSZTOF" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-300, ul. Bolesława Chrobrego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 746 643 087,00 | | |
| identyfikator REGON | 21322339 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-300, Bolesława Chrobrego 2 | | |
| telefon/ telefony | 746643087 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MARIA BUJNOWSKA-FEDAK MODELOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, ul. Władysława Syrokomli 1 | | |
| telefon/ telefony: | 71 3260203 | | |
| identyfikator REGON | 930954604 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MARIA BUJNOWSKA-FEDAK MODELOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-141, Syrokomli 1 | | |
| telefon/ telefony | 71 3260203 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Mirostawa Jaksoń | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamienna Góra 58-400, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 13-lut | | |
| telefon/ telefony: | 606 996 525 | | |
| identyfikator REGON | 230474168 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Rodzina | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | M.Drelichowska i P. Hajdamowicz Spółka 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REMEDIS" Sp. j. | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-224, pl. Strzelecki 24 | | |
| telefon/ telefony: | 71/3236300 | | |
| identyfikator REGON | 930957985 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia otorynolaryngologiczna | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Łużycka 9 | | |
| telefon/ telefony: | 74 / 865 80 16 | | |
| identyfikator REGON | 20609760 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kłodzki Obwód Lecznictwa Kolejowego Sp. z o.o. | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|--|--|-----------------------|-------------------------|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | EDWARD SZENDRYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NZOZ AMICUS" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góra 56-200, ul. Świętosławy 1/5 | | |
| telefon/ telefony: | 655 432 136 | | |
| identyfikator REGON | 410219876 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ATENA" ROBERT ZIMOCH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 55-100 Ujeździec Wielki 37b | | |
| telefon/ telefony: | 600816852 | | |
| identyfikator REGON | 930997097 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujeździec Wielki 55-100, Ujeździec Wielki 37b | | |
| telefon/ telefony | 71 312 77 13 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | JOLANTA COP NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITA" W ŁĄDKU ZDROJU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄDEK-ZDRÓJ 57-540, UL. WŁADYSŁAWA BRONIEWSKIEGO 22 | | |
| telefon/ telefony: | 748147332 | | |
| identyfikator REGON | 890454789 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Rodzinna "Familia" Elżbieta Jaworska i Adam Ślusarczyk Spółka Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piława Górna 58-240, ul. Piastowska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 74/8371240 | | |
| identyfikator REGON | 20307183 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piława Górna 58-240, Piastowska 2 | 1 |
| telefon/ telefony | 506131433 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | "PHARMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jelenia Góra 58-560, ul. Zielona 6/1 | | |
| telefon/ telefony: | 75 / 64 23 000 | | |
| identyfikator REGON | 20809134 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PHARMED | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PHARMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janowice Wielkie 58-520, Wojska Polskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 757515117 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Podgórzynie | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Sosnowce | | 1 |
| 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 | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia " Nasze Zdrowie " Placówka w Miłkowie | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | FUNDACJA WROCŁAWSKIE HOSPICJUM DLA DZIECI | | 1 |
| 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 | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | szczepienie personelu * | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALBA-MED | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa: | OŚRODEK MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobótka 55-050, ul. Strzelców 2 | | |
| telefon/ telefony: | 071 390 38 38 | | |
| identyfikator REGON | 21003321 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczenie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobótka 50-050, Strzelców 2 | | |
| telefon/ telefony | 713394978 713394968 713394960 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "Medica" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-221 Pęcław 30 | | |
| telefon/ telefony | 768317181 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LUBOMED Spółka cywilna Dariusz Dąbrowski, Magdalena Dąbrowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubomierz 59-623, ul. Gryfiogórska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 75 / 78 33 550 | | |
| identyfikator REGON | 21092649 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LUBOMED Spółka cywilna Dariusz Dąbrowski, Magdalena Dąbrowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubomierz 59-623, Gryfiogórska 6 | | |
| telefon/ telefony | 757833550 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczenie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirsk 59-630, kpt. Stanisława Betleja 15a | | |
| telefon/ telefony | 757817912 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LIFE-MED S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Tadeusza Kościuszki 9A | | |
| telefon/ telefony: | 748143485 | | |
| identyfikator REGON | 21773912 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LIFE-MED s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, Kościuszki 9A | | |
| telefon/ telefony | 748143485 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | TOMASZ TUCHENDLER DR N. MED. CENTRUM MEDYCZNE T&T MEDICAL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-008, ul. Okrężna 64 | | |
| telefon/ telefony: | 713 332 499 | | |
| identyfikator REGON | 20172620 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE T&T MEDICAL | | 1 |
| 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 | | | |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | GRZEGORZ NIEMIEC 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Pielęgniarstwo Środowiskowo-Rodzinne 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, Aleja Rzeczypospolitej 116 | | |
| telefon/ telefony | 793874893 600990705 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAGIEWNIKACH SPÓŁKA 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łagiewnikach | | |

| | | |
|---|-------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łagiewniki 58-210, Sportowa 9 | 1 |
| telefon/ telefony | 748939399 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | Jerzy Hajdukiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 59-720 Raciborowice Górne 194 | | |
| telefon/ telefony: | 757389395 | | |
| identyfikator REGON | 390594773 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia "LEKMED" Jerzy Hajdukiewicz | | 1 |
| 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 | | | |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| nazwa: | SALUS Tomasz Grześkowiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlec 55-095, ul. Wrocławska 8 | | |
| telefon/ telefony: | 512-616-234 | | |
| identyfikator REGON | 21811736 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | SALUS Ośrodek Zdrowia w Siedlcu | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlec 55-095, Wrocławska 8 | | |
| telefon/ telefony | 713987628 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SALUS Ośrodek Zdrowia w Łozinie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łozina 55-095, Milicka 16 | | |
| telefon/ telefony | 713154854 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | "MEDFEMINA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Krzyki 50-570, ul. Jerzego Kukuczki 5/8 | | |
| telefon/ telefony: | 517578489 | | |
| identyfikator REGON | 21835091 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Zdrowia Medfemina sp. z o.o. s.k. | | 2 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Internistyczna | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wałbrzych 58-309, Władysława Broniewskiego 87A | | |
| telefon/ telefony | 746668777 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Mirosława Okowińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, os. XXV-lecia PRL 30/14 | | |
| telefon/ telefony: | 601 144 414 | | |
| identyfikator REGON | 890343140 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |

| | | |
|---|---|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELAWA 58-260, JANA III SOBIESKIEGO 19A | 1 |
| telefon/ telefony | 500112078 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

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

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne Provita Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebnica 55-100, ul. św. Jadwigi 27A-B | | |
| telefon/ telefony: | 603246712 | | |
| identyfikator REGON | 21907293 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| 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 | | | 1 |

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

| | | | |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|------------------------------|--------------------------------|

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | MASTERMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oleśnica 56-400, ul. Mikołaja Kopernika 12 | | |
| telefon/ telefony: | 71-396-28-65 | | |
| identyfikator REGON | 21423916 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 2 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | RODZINNA PRZYCHODNIA LEKARSKA 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | RPL ADAM ZIELIŃSKI | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | MEDI PARTNER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medi Partner Wrocław | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-335, Henryka Sienkiewicza 34a | | |
| telefon/ telefony | 500900800 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | "GEMINI - MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gemini-Med Sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołów 56-100, Trzebnicka 20/4 | | |
| telefon/ telefony | 713897990 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICUS PLUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, ul. Nauczycielska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774317867 | | |
| identyfikator REGON | 161586498 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, Nauczycielska 2 | | |
| telefon/ telefony | 748173181 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń 87-100, ul. Forteczna 35-37 | | |
| telefon/ telefony: | 723995173, 514773048, 669492155 | | |
| identyfikator REGON | 341477181 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Konsylium Głogów | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW 67-200, GWIAŻDZISTA 5A | | |
| telefon/ telefony | 76 8339444 76 8339460 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie 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 | | szczenie 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 | | szczenie 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | "PRZYCHODNIA ZDROWIA GAMBIT" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubawka 58-420, al. Wojska Polskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 757449695, 757449667, | | |
| identyfikator REGON | 22501370 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA GAMBIT SPÓŁKA 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 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | PENSJONAT POGODNEGO SENIORA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, ul. Zamkowa 4A | | |
| telefon/ telefony: | 609495596 | | |
| identyfikator REGON | 22379459 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PENSJONAT POGODNEGO SENIORA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamieniec Ząbkowicki 57-230, Zamkowa 4a | | |

| | | | |
|---------------------------|------------|--|--|
| 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 | Głuszyca 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 | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuszyca 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 | | 1 |
| 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 | | 1 |
| 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 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |
| 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 | | | 1 |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| 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 | | | 1 |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381 | | szczenie personelu | szczenie 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 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Medfemina | | |
| 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 | | | 2 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpital Medfemina | | |
| 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 | | | 1 |

| | | | |
|---|---|---------------------------|-----------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | PHM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |

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

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Jolanta Ceglarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tyniec Mały 55-040, ul. Tarnopolska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 509845170 | | |
| identyfikator REGON | 362718270 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | K-Med NZOZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borów 57-160, Parkowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 509845170 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | RENMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borek Strzeliński 57-160, ul. Klonowa 22 | | |
| telefon/ telefony: | 607511607 | | |
| identyfikator REGON | 362763453 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Borek Strzeliński 57-160, Strzelińska 22 | | |
| telefon/ telefony | 713930514 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Strońskie Centrum Medyczne im. Marianny Orańskiej spółka cywilna Maria Dukat-Krzonkalla Wojciech Krzonkalla | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stronie Śląskie 57-550, ul. Hutnicza 12 | | |
| telefon/ telefony: | 748142901 | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 22509318 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stronie Śląskie 57-550, Hutnicza 12 | | |
| telefon/ telefony | 748142901 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lądek-Zdrój 57-540, Ostrowicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 570104000 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | OLIMPIAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-504, ul. Marca Polo 21/1 | | |
| telefon/ telefony: | 717287288 | | |
| identyfikator REGON | 362780196 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Olimpiamed NZOZ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-504, Marca Polo 21/1 | | |
| telefon/ telefony | 71 7287288 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO A-MED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OBORNIKI ŚLĄSKIE 55-120, TRZEBNICKA 37 | | |
| telefon/ telefony | 713878853 881555576 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | DR EWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|----------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kąty Wrocławskie 55-080, Brzozowa 8 | 1 |
| telefon/ telefony | 713166030 | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 54-034, KAMIENNOGORSKA 10 | | |
| telefon/ telefony | 662 007 010 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390 | | szczenie personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Diagnostyczny POZ | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE | | 1 |
| 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 | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | FUNDACJA ABDOMED CAŁODOBOWA POMOC MEDYCZNA | | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCLAW 51-142, GAŚSIOROWSKIEGO 38 | | |
| telefon/ telefony | 601708345 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | BENAMED CENTRUM MEDYCZNE | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-518, Strachocińska 159 | | |
| telefon/ telefony | 573446160 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|-------------------------|--------------------------------|
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MammaMed Centrum Opieki Ginekologiczno-Położniczej | | 11 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-228, Inżynierska 47a/U22 | | |
| telefon/ telefony | 510100058 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-----------------------|-------------------------|
| 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 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | Poradnia leczenia bólu | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-332, Powstańców Śląskich 95 | | |
| telefon/ telefony | 717571111 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | MEDICALSPEC CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 52-128, ul. Marsowa 8A | | |
| telefon/ telefony: | 519430538 | | |
| identyfikator REGON | 382380127 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MedicalSpec Centrum Medyczne | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 53-428, Żelazna 34 / lok. 106 | | |
| telefon/ telefony | 883555891 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|-------------------------|--------------------------------|
| nazwa: | VITA MANAGEMENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 50-123, ul. Oławska 15 | | |
| telefon/ telefony: | 713 432 265 | | |
| identyfikator REGON | 363473349 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| 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 personelu | szczenie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w 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 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NOVUM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietczów 55-093, ul. Wrocławska 42 | | |
| telefon/ telefony: | 717234986 | | |
| identyfikator REGON | 382960072 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietczów 55-093, Wrocławska 42 | | |
| telefon/ telefony | 717218124 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402 | | szczepienie personelu | szczepienie 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|----------|
| nazwa: | ZL Surima Professional sp. z o.o. | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|---------------------------------|--|
| nazwa: | MULTIMEDIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 51-318, ul. Zakrzowska 19A | | |
| telefon/ telefony: | 713253446 | | |
| identyfikator REGON | 366991040 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Multimedika | | 3 |
| 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 personelu | szczenie 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra | | 1 |
| 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 personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra | | 1 |
| 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 personelu | szczenie populacyjne |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Mieszko" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Mieszka I 10 | | |
| telefon/ telefony: | 748568787 | | |
| identyfikator REGON | 89105887700023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica 58-100, ul. Mieszka I 10 | | |
| telefon/ telefony | 748568787 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-14 | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska Ryszard Rygus | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielawa 58-260, Dzierżoniowska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 748331026 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska Ryszard Rygus | | 1 |
| 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 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - TERESA SZCZYPEL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, ul. Strzebińska 18 | | |
| telefon/ telefony: | 501 555 296 | | |
| identyfikator REGON | 932071228 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Szczytel | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązów 57-120, Strzebińska 18 | | |
| telefon/ telefony | 713931221 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-01-14 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medimex Sp. z o.o. | | 2 |
| 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 wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

| | |
|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legnica 59-220, ul. Iwaszkiewicza 5 |
| telefon/ telefony: | 76 72 11 111 |
| identyfikator REGON | 39099944100020 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: m. Legnica, legnicki, złotoryjski, jaworski, polkowicki, głogowski, lubiński | 2 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bolesławiec 59-700, ul. Jeleniogórska 4 |
| telefon/ telefony: | 538514502 |
| identyfikator REGON | 00031033800020 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: m. Jelenia Góra, karkonoski, kamiennogórski, zgorzelecki, bolesławiecki, lubański, lwówecki | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | |
| nazwa: | Uzdrowisko Szczawno-Jedlina S.A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczawno-Zdrój 58-310, ul. Wojska Polskiego 6 |
| telefon/ telefony: | 748493130 |
| identyfikator REGON | 00028830800047 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: m. Wałbrzych, wałbrzyski, świdnicki, dzierzoniowski, ząbkowicki, kłodzki | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bogatyni |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogatynia 59-920, ul. Leona Wyczółkowskiego 15 |
| telefon/ telefony: | 666147508 |
| identyfikator REGON | 23002192300034 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |

| | |
|--|--------------------------------------|
| obszar działania: powiaty: m. Jelenia Góra, karkonoski, kamiennogórski, zgorzelecki, bolesławiecki, lubański, lwówecki | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | |
| nazwa: | Salus Centrum Medyczne Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodzko 57-300, ul. Kusocińskiego 3a |
| telefon/ telefony: | 510530927 |
| identyfikator REGON | 89106403300080 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: m. Wałbrzych, wałbrzyski, świdnicki, dzierżoniowski, ząbkowicki, kłodzki | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | |
| 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 | 93220714200021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: m. Wrocław, wrocławski, średzki, strzeliński, oławski | 2 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | |
| 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 | 93220714200021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: powiaty: wołowski, milicki, trzebnicki, oleśnicki, górowski | 1 |

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

Wojewoda
Jarosław Obremski
Wojewoda Dolnośląski
/dokument podpisany elektronicznie/

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|--|--|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia | X |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2021 |
| 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 | 18.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

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

Wojewoda
Jarosław Obremski
Wojewoda Dolnośląski
/dokument podpisany elektronicznie/