



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Warszawa, dnia 05 marca 2021 r.

Poz. 1962

OBWIESZCZENIE

WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

z dnia 4 marca 2021 r.

w sprawie ogłoszenia „Wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych 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 (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.¹⁾) ogłasza się „Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19”.

Wojewoda Mazowiecki:
Konstanty Radziwiłł

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 2112, 2113, 2123, 2157, 2255, 2275, 2320, 2327, 2338, 2361 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 11, 159 i 180.

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 679 72 89; 48 679 72 96 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach - IZOLATORIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, Al. Wł. Sikorskiego 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 67 97 192; 691 792 127 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.01.2021 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000650070 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY ZAKAŻNE | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Dom Studenta w Płocku | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Misjonarska 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 03.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | CHOROBY PŁUC | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | DAPOL S.C G. Berdański D. Berdański | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-407, ul. Otolińska 29B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | 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: | MaNaR Sp. Jawna Wiesław Szkopek, Marcin Szkopek | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszewo Duże 09-400, ul. Wesoła 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.06.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 34 96 060 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 68 71; 24 364 64 03 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|---|--|-----------------------|--|---------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | PRACOWNIA DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ | | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 33 55 225 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 33 55 261 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 33 55 261 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szkolne Schronisko Młodzieżowe Nr 3 "Syrenka" w Warszawie - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II od 29.10.2020r. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, ul. Karolkowa 53a | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 335 53 30 22 335 53 15 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 16.12.2020 r. | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000304616 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY ZAKAŻNE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2020 r. | | X | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | X | | |
| 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | X | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 14.10.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00; od 15.10.2020 r. do 22.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-12.00, od 23.10.2020 r. do 13.01.2021 r.: pn 07.30-12.30, wt 7.30-12.30, śr 14.00-18.00, czw 7.30-12.30, pt 7.30-12.30, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 od 14.01.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 14.00-18.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | do 25.10.2020 r.: 29 765 12 63, 29 765 12 55 od 26.10.2020 r. do 02.11.2020 r.: w godzinach pracy punktu 29 765 1241, poza godzinami pracy punktu 29 765 11 79, od 03.11.2020 r.: w godzinach pracy punktu 29 765 29 21, poza godzinami pracy punktu 29 765 11 79, | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | od 15.09.2020 r. | transport sanitarny** | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Jana Kilińskiego 29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 632 20 61 do 68 wew. 213 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310309 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 15 * | | transport sanitarny** | 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: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 632 20 61 do 68 wew. 213 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 16* | | 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: | Janusz Andrzej Kaliniak Dom Handlowy - Hotel - Restauracja Janusz - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Pusta 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 043 207 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015294487 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY ZAKAŻNE | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Premium Rooms Sp. z o.o. "Warsaw River View" - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-347, ul. Wyrbrzeże Kościuszkowskie 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 818 814 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia | | X | | | | | | | szpital tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 817 519 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288975 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY ZAKAŻNE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.06.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/ Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 65 80 259; 22 65 80 180 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | "Hotel Łazienkowski" | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-465, ul. 29 listopada 3B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 65 80 259; 22 65 80 180 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieków Rozwojowego | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 509 137 312 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 317 92 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 673 02 77 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311622 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | CHOROBY ZAKAŻNE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 673 02 77 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2020 r. | | X | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Hotel Olimpijski | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. 17 stycznia 60A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 673 02 77 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2020 r. | | | X | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 673 02 77 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | X | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Narodowy Instytut Leków | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | X | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | 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: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | 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: | Dom Studenta Państwowej Uczelni Zawodowej im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Narutowicza 4a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 672 42 51 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.08.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.08.2020 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 673 02 77 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | 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: | Centrum Rehabilitacji - IZOLATORIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Okrzei 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 672 47 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.01.2021 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Lekarska | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 52 20 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000315086 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY ZAKAŻNE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | X | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | PEDIATRIA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | X | | | | | | | |
| 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: | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.09.2020 r. | | X | | | | | | | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | 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: | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 52 20 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | |
| telefon/ telefony: | 22 508 18 50 | |
| identyfikator REGON | 006472651 | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital IV poziomu zabezpieczenia - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody | | X | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 508 18 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital tymczasowy - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody | | X | | | | | | | szpital tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 508 18 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 * | | 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: | Hotel Belwederski - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-594, ul. Belwederska 44c | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 47 725 64 26 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|--|--|
| nazwa: | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-195, SŁOMIŃSKIEGO 17/47 | |
| telefon/ telefony: | GLÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | |
| identyfikator REGON | 015857134 | |
| | | |

| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 2 do 24.05.2020 r. 1 od 25.05.2020 r. do 01.11.2020 r. 3 od 02.11.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-716, BARTYCKA 175 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 2 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO "MEDITRANS" SP ZOZ W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-685, POZNAŃSKA 22 | |
| telefon/ telefony: | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | |
| identyfikator REGON | 000294674 | |
| | | |

| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 3 do 24.05.2020 r. 2 od 25.05.2020 r. do 14.10.2020 r. 4 od 15.10.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 24 godzinne (od 16.10.2020 r. do 18.10.2020 r. - 10 zespołów, od 19.10.2020 r. do 29.10.2020 r. - 15 zespołów, od 30.10.2020 r. do 17.12.2020 r. - 20 zespołów, od 18.12.2020 r. do 31.01.2021 r. - 16 zespołów MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne od 01.02.2021 r. - 16 zespołów | | | | | | | | M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 15.01.2021 r.: pn 7.00-13.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00, pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00 od 16.01.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 12.00-16.00, czw 9.00-13.00, pt 8.00-12.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 519-197-696 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne (7 zespołów) | | | | | | | | M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne (3 zespoły) | | | | | | | | M | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.02.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.02.2021 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W PŁOCKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. NARODOWYCH SIŁ ZBROJNYCH 5 | |
| telefon/ telefony: | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | |
| identyfikator REGON | 610317845 | |

| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. STRZELECKA 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. Armii Krajowej 62 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.11.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 46 864 96 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 017222233 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | | | | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r. 664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r. od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670206286 | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r. 664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r. od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | NZOZ IZI-MED S.C. IZABELLA KWIECIŃSKA PAWEŁ GRABARCZYK | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEZI 26-800, SPACEROWA 29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 141631576 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 do 24.05.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEZI 26-800, SPACEROWA 29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RM-MEDITRANS" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W SIEDLCACH | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH do 17.11.2020 r.: 508 622 044 od 18.11.2020 r. : 507 703 430 od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297550 | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 2 do 24.05.2020 r. 1 od 25.05.2020 r. do 12.10.2020 r. 2 od 13.10.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH do 17.11.2020 r.: 508 622 044 od 18.11.2020 r. : 507 703 430 od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDITRANS OSTROŁĘKA" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W OSTROŁĘCE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, KOŚCIUSZKI 49 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE; 792 908 808 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22. | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297610 | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, ROLNA 28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE; 792 908 808 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22. | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 1 do 24.05.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, PUŁTUSKA 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------|------------|---|---|--|-----------------|---|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM MEDYCZNEGOKSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 779 40 31 wew 286 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290156 | | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 2 do 24.05.2020 r. 1 od 25.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.03.2020 r. | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 779 40 31 wew 286 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 779 40 31 wew 286 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------|------------|---|---|--|-----------------|---|
| nazwa: | PETRA MEDICA SP. Z O. O. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015666180 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-128, UL. OMULEWSKA 27 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 2 do 24.05.2020 r. 1 od 25.05.2020 r. | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | ŚRODOWISKOWO-LEKARSKIE WODNE OCHOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r. 664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r. od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 672958665 | | | | | | | | | |

| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | 2 do 24.05.2020 r. 1 od 25.05.2020 r. do 29.10.2020 r. 2 od 30.10.2020 r. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r.664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r.od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.03.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | od 23.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa: | Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 010132188 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | CHOROBY WEWNĘTRZNE | | X | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.03.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.05.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | NEUROLOGIA | | X | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.03.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.05.2020 r. | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7* | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| nazwa: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 506 230 086 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | | |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz. 11.00-13.00) | | | | | | | | S | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 727 063 026 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 | | | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.10.2020 r. | | | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 14 * | | transport sanitarny** | 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasieńskiego 54/56 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261 852 601; 261 852 606 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | od 02.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. "DZIECI WARSZAWY" W DZIEKANOWIE LEŚNYM | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291210 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | PEDIATRIA | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 343 41 94 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000837583 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | Zakład Biologii Medycznej | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223434438 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223434194 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 343 41 94 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 228151600 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000557961 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228157270 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228151600 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228151600 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 228151600 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Instytut Hematologii i Transfuzjologii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 223496100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288484 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zakład Wirusologii | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223496640 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie chorób układu chłonnego | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 223496100 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o. w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 25 59 801 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012103423 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 25 59 801 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 25 59 801 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Instytut Matki i Dziecka w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 32 77 422, 22 32 77 441 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288395 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 60 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 32 77 422, 22 32 77 441 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Centrum Medyczne MedGen | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 501 377 150; 506 069 568, 515 141 414 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Narodowy Instytut Leków | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 32 77 422, 22 32 77 441 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o. w Warszawie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12 | |
| telefon/ telefony: | 22 766 15 00 | |
| identyfikator REGON | 369482970 | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 59 91 500 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 59 91 500 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | 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: | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II od 29.10.2020r. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 434 115 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 59 91 500 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 502 12 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II od 29.10.2020r. | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 434 115 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny "INFLANCKA" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 69 73 110, 797 301 519 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 013003050 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 663 686 960 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 55 51 126 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | od 10.04.2020 | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Magodent Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-125, ul. gen. A.E. Fieldorfa "Nila" nr 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 46 98 350 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360493191 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 799 399 360 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 10.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-125, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa "Nila" nr 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 46 98 350 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | Klinika Neuroradiologii Sp. z o.o. | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-033, ul. Wojciecha Górskiego 6/92 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 37 79 025 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 140794224 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 34 96 060 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Uniwersytecka 6 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 377 90 25 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa: | Szpital Powiatowy Gajda-Med. Sp. z o.o. | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 69 19 901, 23 69 19 902 | | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 361505810 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 69 19 934 | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 6.09.2020 r. codziennie w godz. 11.00-13.00; od 7.09.2020 r. codziennie w godz. 9.00-13.05) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | do 21.05.2020 - tel. 23 691 99 01; od 22.05.2020 - tel. 23 691 99 01 dostępny: pn-pt, tel. 23 691 99 30 dostępny: sb-nd | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 69 19 901, 23 69 19 902 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 69 19 901, 23 69 19 902 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | od 14.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 58 30 311, 22 58 30 310 | |
| identyfikator REGON | 146726100 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 514 783 575 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 58 30 311, 22 58 30 310 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 58 30 311, 22 58 30 310 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | |
| telefon/ telefony: | 22 76 07 170 | |
| identyfikator REGON | 010124527 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 54 21 202 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 07 170 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 76 07 170 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital Grochowski im. Dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 51 52 716 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 002153989 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 51 52 681 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 51 52 716 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 51 52 716 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 51 52 716 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 546 22 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288366 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 546 23 82 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 546 22 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 546 22 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, ul. Wawelska 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 82 24 607 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 016084355 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 24 607 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2* | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Narodowy Instytut Leków | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 93 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 20.12.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-11.30 od 21.12.2020 r.: codziennie w godz.: 7.30-9.30) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 94 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 93 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 670 93 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | od 14.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Narutowicza 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 344 64 71 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000676714 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 344 64 71 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 54 21 202 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 344 64 71 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 344 64 71 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-042, ul. Mochnackiego 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 311 81 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011692096 | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 356 03 66 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Instytut Hematologii i Transfuzjologii | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Narodowy Instytut Leków | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 356 03 66 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | od 14.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Sienkiewicza 29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 612 13 81 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670140015 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 49 37 we. 132 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 13 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 13 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 612 13 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Warszawski Szpital dla dzieci SP ZOZ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328 , ul. Kopernika 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 830 54 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297520 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328 , ul. Kopernika 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 830 53 10 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30, od 20.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 7.00-11.30, śr 7.00-11.30, czw 15.00-19.00, pt 7.00-11.30, sb 7.00-11.30, nd 7.00-11.30 od 22.12.2020 r.: pn 16.00-18.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 16.00-18.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 r.: 8.00-10.00; 31.12.2020 r.: 8.00-10.00 zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 16:00-18:00 12.01.2021 08:00-12:00 13.01.2021 08:00-12:00 14.01.2021 16:00-18:00 15.01.2021 08:00-12:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 128 051 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 83 357 32 31 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | od 09.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 | |
| telefon/ telefony: | 24 275 85 01 | |
| identyfikator REGON | 000306762 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | od 17.04.2020 r. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 431 24 28 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288490 | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 22 431 22 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 22 431 22 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 22 431 22 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | od 08.04.2020 r. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Bodzentyńska 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 616 31 75, 48 616 30 63, 48 616 31 75 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670902293 | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | łża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 368 17 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.02.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 450 22 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012045743 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 315 859 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 315 859 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 691 315 859 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 318 60 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011026815 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 318 60 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 318 60 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 617 70 73 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000297359 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 509 84 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekłańska 4/24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 509 84 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandrowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 361 30 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670209356 | | | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandrowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 08.09.2020 r.: pn-pt 15.00-17.00, sb-nd 9.00-11.00, od 09.09.2020 r.: pn-pt 14.30-18.45, sb-nd 9.00-13.15) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandrowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | do dnia 21.05.2020 r. - 608 481 123, od dnia 22.05.2020 r. - 48 361 48 28 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| 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: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandrowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandrowicza 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 361 31 81 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 06.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 781 73 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306779 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 781 72 99 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 755 90 75 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 755 90 75 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 758 80 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310290 | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 21.12.2020 r.: codziennie 10.00-15.00 od 22.12.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00.-15.00, śr 15.00-20.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 27.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 * | | 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 758 60 55 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Instytut Hematologii i Transfuzjologii | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 59 66 429 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-315, ul. Karowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 596 61 35 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|--|--|
| nazwa: | Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | |
| telefon/ telefony: | 22 569 05 00 | |
| identyfikator REGON | 012298697 | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 569 01 20 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 01.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|--|--|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 | |
| telefon/ telefony: | 25 640 32 00 | |
| identyfikator REGON | 141944750 | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 778 26 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Instytut Psychiatrii i Neurologii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 458 28 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288509 | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 458 28 30 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | 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: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 349 60 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | | | Szpital I poziomu zabezpieczenia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | 22 458 28 30 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 15.09.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67 | od 10.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 23 657 22 01 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000301279 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | 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: | | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30 |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | 23 657 21 90 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 16.04.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | IZBA PRZYJĘĆ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56 |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | 23 657 22 01 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 10.04.2020 r. |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 657 22 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-12.00, od 20.10.2020 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 657 22 01 wew. 316; 538 817 121 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 657 22 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 06.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | od 20.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|--|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszku | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 | |
| telefon/ telefony: | 29 743 76 11 | |
| identyfikator REGON | 000308726 | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30, śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszaków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 02.11.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30, śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30, od 03.11.2020 r.: pn 12.00-14.00, wt 12.00-14.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) | | | | | | | | S | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszaków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 743 78 48 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69 | od 14.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. B. Limanowskiego 30 | |
| telefon/ telefony: | 46 855 20 11 | |
| identyfikator REGON | 143149671 | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. B. Limanowskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46 855 20 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46 855 20 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 25.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 46 855 20 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|--|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | |
| telefon/ telefony: | 29 746 37 11 | |
| identyfikator REGON | 000306756 | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 3.09.2020 r. codziennie w godz. 8.00-10.15; od 4.09.2020 r. do 27.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.05, od 28.10.2020 r.: codziennie 8.00-20.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 59 w godz. 7:00-14:00, 29 746 37 12 w godz. 8:00-20:00, 513 263 068 w godz. 8:00-20:00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 746 37 20 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 473 53 00, 22 473 53 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 010669853 | | | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 473 53 32 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 473 53 32 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 473 53 32 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 684 47 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 712353954 | | | | | | | | | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 684 48 40 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | od 15.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 765 83 08 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306733 | | | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 775 30 81 wew 211 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (pn 15.00-17.00, wt 8.00-10.00, śr 15.00-17.00, czw 8.00-10.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Paderewskiego 7 (punkt przy ul. Paderewskiego) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 775 26 94 wew. 1205 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Hotel Palace w Modlinie - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Boduena 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 224 11 11 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Hotel Royal w Modlinie - IZOLATORIUM typ II | | | X typ II | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Szpitalna 93 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 224 22 22 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 389 47 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011035381 | | | | | | | | | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 389 49 00 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 389 49 00 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 389 49 00 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 24.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 763 31 00 | |
| identyfikator REGON | 000310315 | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 763 32 15 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 763 32 15 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 257 922 833 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000304622 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 25 792 20 41 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Tadeusza Kościuszki 28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 51 83 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-11.00, od 20.10.2020 r. do 22.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-17.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-17.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00, od 23.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 od 27.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 14.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 14.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 od 22.12.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 14.00-16.00, śr 9.00-11.00, czw 9.00-11.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Kościuszki 28, (wjazd do Punktu Pobrań od bramy bocznej przy ul. Kościuszki 26) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 364 51 10 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 714 23 01 | |
| identyfikator REGON | 000304591 | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 714 22 06 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 753 43 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000302480 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5* | | 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6* | | 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: | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii | | X | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 29 753 42 24 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | od 09.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 141983460 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 665 787 346 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.10.2020 | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 326 53 15, 22 326 55 39 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | od 22.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---------------------------------------|--|
| nazwa: | Corten Medic Tomasz Sikora | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-784, ul. Dunikowskiego 10 | |
| telefon/ telefony: | 22 270 30 30 | |
| identyfikator REGON | 015053128 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 27 * | | transport sanitarny** | 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: | PUNKT POBRAŃ (od 16.11.2020 od godz. 8.00 - całodobowo zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00 26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00 1.01.2021 14:00-18:00) od 04.01.2021 - 12 godzin dziennie w godz. 8:00-20:00 | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-806, ul. Puławska 387 - do 16.11.2020 r. do godz. 20.00., Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46/10 - od 16.11.2020 r. od godz. 20.00. | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 226 020 997 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 28 * | | transport sanitarny** | 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: | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom, ul. Prazmowska 17 | | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 48 670 04 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Centrum Kompleksowej Rehabilitacji sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin -Jeziorna 05-510, ul. Gąsiorowskiego 12/14 | |
| telefon/ telefony: | 22 703 00 00 | |
| identyfikator REGON | 017173368 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | 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: | | | | | | X | | | | |
| Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | 22 822 69 05 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 04.04.2020 r. |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | od 09.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa: | Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 711 90 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142013120 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 711 90 25 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | X | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 711 90 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 770 94 98 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 22 535 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 770 94 98 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 22 535 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.01.2021 r. | | | | | | | | | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 82 22 535 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | od 12.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 378 36 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670997773 | | | | | | | | | |
| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30, od 20.10.2020 r. do 13.01.2021 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00 od 14.01.2021 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 378 35 42 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 09.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 48 378 35 37 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązowna 05-462, Zagórze | |
| telefon/ telefony: | 22 468 24 00 | |
| identyfikator REGON | 142011670 | |

| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, ul. W. Jagiełły 12 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 676 22 39, 48 677 91 63 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: pon-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 27.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 12.00-16.30, śr 10.00-14.30, czw 10.00-14.30, pt 12.00-16.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30, od 28.10.2020 r. do 28.02.2021 r.: pn 10.00-14.00, wt 12.00-16.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, pt 12.00-16.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00 od 01.03.2021 r.: pn 10.00-13.00, wt 13.00-16.00, śr 10.00-13.00, czw 10.00-13.00, pt 13.00-16.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, Aleja Pokoju 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 501 556 313 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | od 20.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 | |
| telefon/ telefony: | 22 584 12 50 | |
| identyfikator REGON | 000290883 | |

| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 23 l | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 584 12 18 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2021 | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | od 21.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Solec Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 250 62 48 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142628955 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 250 61 35 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 250 61 35 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrowskiej 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 23 654 32 35 wew. 200 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | od 11.05.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital św. Anny w Piasecznie, EMC Piaseczno sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 735 41 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 142776420 | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 30.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00, od 01.10.2020 r. do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 19.10.2020 r. do 21.10.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 9.00-13.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30, od 22.10.2020 r. do 18.12.2020 r.: pn 11.00-19.00, wt 11.00-19.00, śr 11.00-19.00, czw 11.00-19.00, pt 11.00-19.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00 od 19.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | do 30.06.2020 r.: 661 300 329; od 01.07.2020 r.: 22 735 41 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 735 41 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 735 41 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 735 41 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | od 20.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|--|---|--|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, Aleja Jana Pawła II 9A | |
| telefon/ telefony: | 48 383 35 05 | |
| identyfikator REGON | 670205134 | |

| 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: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 383 35 05 | | | | | | | X | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 383 35 05 | | X | | | | | | | I |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 383 35 05 | | X | | | | | | | II |
| Data dodania do wykazu | 07.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | od 21.04.2020 | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 674 38 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 670205424 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki | | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 513 017 783 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 674 38 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.:codzienie w godz. 7.15-9.15, od 20.10.2020 r.: pn 7.15-9.15, wt 16.45-18.45, śr 7.15-9.15, czw 7.15-9.15, pt 16.45-18.45, sb 7.15-9.15, nd 7.15-9.15) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 576 077 099 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 28.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 48 674 38 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz. 15.00-21.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Powsińska 61/63, 02-903 Warszawa (II punkt) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 55 09 692 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.12.2020 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | od 18.05.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 663 697 977 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ (do 30.06.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00, od 01.07.2020 r. do 04.10.2020 r.: pn-pt w godz. 13:00-15:00, sb-nd w godz. 10:00-12:00, od 05.10.2020 r. do 06.11.2020 r.: pn-pt w godz. 8.00-10.00, sb-nd w godz. 10.00-12.00, od 07.11.2020 r. do 13.12.2020 r.: codziennie w godz.: 8.00-12.00) od 14.12.2020 r.: codziennie w godz.: 8.00-10.00 Zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 8:00-14:00, 12.01.2021 8:00-14:00 13.01.2021 8:00-14:00, 14.01.2021 8:00-14:00 15.01.2021 8:00-14:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Aleja Komisji Edukacji Narodowej 61, 02-777 Warszawa (parking Urzędu Dzielnicy Ursynów) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 663 697 977 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 18.05.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.02.2021 r. | | | | | | | | | |

| 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: | | X | | | | | | | II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Szpital II poziomu zabezpieczenia |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | Warszawa 02-972, ul. Rzeczypospolitej 5 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 500 900 900 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | 05.11.2020 r. |
| | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | od 27.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa: | Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-014, ul. Żytnia 16 lok. C | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 710 33 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 015880498 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | 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: | | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Centrum Medyczne MedGen |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 22 213 94 40 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | 27.04.2020 r. |
| | | | | | | | | | | |
| 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: | | X | | | | | | | I | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | Szpital I poziomu zabezpieczenia |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | Otwock 05-400, ul. Borowa 14/18 |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | 22 710 33 30 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | 15.09.2020 r. |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | od 15.06.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SPZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 570 804 607 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308703 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | ARION Med. Sp. z o.o. Szpital w Gorzewie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-854, ul. Kazimierza Króla | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 24 236 09 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 060690742 | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital I poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 236 09 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 25.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Szpital II poziomu zabezpieczenia | | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 24 236 09 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesola | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 773 74 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 011337194 | | | | | | | | | |

| 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: | | | | | | | | S | |
| | PUNKT POBRAŃ (do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 9.00-13.30, wt 15.00-19.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00, od 26.10.2020 r. do 17.11.2020 r.: 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30 od 18.11.2020 r. do 01.02.2021 r.: pn 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 9:00-12:00; 25.12.2020 9:00-11:00 oraz zamknięcie punktu pobrań w dni świąteczne tj. 26-27.12.2020 r. Zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 09:00-16:00; 12.01.2021 11:00-18:00 13.01.2021 09:00-16:00; 14.01.2021 11:00-18:00 15.01.2021 09:00-16:00 od 02.02.2021 r.: pn - pt w godz. 12.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 667 514 281 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | od 05.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-315, ul. Gen. Meriana C. Coopera 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 638 90 55 | |
| identyfikator REGON | 017202242 | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (pn 15.30-17.30, wt 15.30-17.30, śr 15.30-17.30, czw 15.30-17.30, pt 15.30-17.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 15:30-19:30, 12.01.2021 15:30-19:30 13.01.2021 15:30-19:30, 14.01.2021 15:30-19:30 15.01.2021 15:30-19:30) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 13/17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 572 554 784 do 24.02.2021 r. 506 941 540 od 25.02.2021 r. | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 30.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | od 06.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Wawer | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-564, ul. Dr Józefa Strusia 4/8 | |
| telefon/ telefony: | 22 812 00 43 | |
| identyfikator REGON | 013076183 | |

| 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: | <p>PUNKT POBRAŃ (do 16.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 17.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn. 9.00-13.30, wt. 9.00-13.30, śr. 9.00-13.30, czw. 9.00-13.30, pt. 9.00-13.30, sb. 15.00-19.30, nd. 9.00-13.30, od 20.10.2020 r. do 08.12.2020 r.: pn 9.00-15.00, wt 9.00-15.00, śr 9.00-15.00, czw 9.00-15.00, pt 9.00-15.00, sb 15.00-19.30, nd 9.00-15.00) od 09.12.2020 r. do 18.12.2020 r.: pn 9.00-14.00, wt 9.00-14.00, śr 9.00-14.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 15.00-18.30, nd 9.00-14.00 od 19.12.2020 r.: pn 9.00-14.00, wt 9.00-14.00, śr 9.00-14.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 15.00-18.00, nd 9.00-13.00 zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 09:00-16:00, 12.01.2021 09:00-16:00 13.01.2021 09:00-16:00, 14.01.2021 09:00-16:00 15.01.2021 09:00-16:00 zmiana harmonogramu w dniach: 8.02.2021 9:00-16:00, 9.02.2021 9:00-16:00 10.02.2021 9:00-16:00, 11.02.2021 9:00-16:00 12.02.2021 9:00-16:00)</p> | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-713, ul. Żegańska 1 (parking przy Urzędzie Dzielnicy Wawer m. st. Warszawy) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 506 745 833 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 06.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104 | od 06.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-637, ul. Szajnochy 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 833 58 88 | |
| identyfikator REGON | 000314098 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Sródmieście | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Ciołka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 836 71 81 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001018396 | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ do 03.01.2020 r.: pn.-pt. w godz. 15.00-18.00, sb.-nd. w godz. 14.00-17.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 13:00-15:00, 25.12.2020 15:00-17:00 26.12.2020 15:00-17:00, 27.12.2020 15:00-17:00 31.12.2020 15:00-18:00, 01.01.2021 15:00-17:00 02.01.2021 15:00-17:00, 03.01.2021 15:00-17:00 od 04.01.2020 r. do 06.02.2021 r.: pn.-pt. w godz. 15.00-18.00, sb.-nd. w godz. 14.00-16.00 zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 15:00-19:00, 12.01.2021 15:00-19:00 13.01.2021 15:00-19:00, 14.01.2021 15:00-19:00 15.01.2021 15:00-19:00 od 07.02.2021 r. do 26.02.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 14.00-16.00, nd - nieczynny od 27.02.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 12.00-14.00, nd - nieczynny) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-855, ul. Grzybowska 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 536 475 462 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-082, ul. Krypska 39 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 810 06 04 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012867570 | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 28.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 11.00-13.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00, od 29.10.2020 r. do 13.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 11:00-13:00 31.12.2020 11:00-13:00 zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 11:00-14:00, 12.01.2021 11:00-14:00 13.01.2021 11:00-14:00, 14.01.2021 11:00-14:00 15.01.2021 11:00-14:00 od 14.02.2021 r. do 26.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 9.00-11.00, nd - nieczynny; od 27.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny;) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-390, ul. Kickiego 24 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 810 25 95 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 08.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | od 12.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Białołęka | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 519 33 03 | |
| identyfikator REGON | 016292906 | |

| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | S | |
| | PUNKT POBRAŃ (do 03.11.2020 r.: pn.-pt. w godz. 10.30-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-13.30, od 04.11.2020 r. do 09.11.2020 r.: pn 13.00-17.30, wt 10.30-15.00, śr 10.30-15.00, czw 13.00-17.30, pt 10.30-15.00, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30 od 10.11.2020 r. do 03.12.2020 r.: pn 10.30-17.30, wt 10.30-14.30, śr 10.30-14.30, czw 13.30-17.30, pt 10.30-14.30, sb 09.00-12.00, nd 09.00-12.00 od 04.12.2020 r.: pn 14.30-17.30, wt 10.30-13.30, śr 10.30-13.30, czw 14.30-17.30, pt 10.30-13.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00, w dniu 24.12.2020 r.: czw 9.00-11.00 zmiana harmonogramu akcja nauczyciel 11.01.2021 13:30-17:30, 12.01.2021 10:30-13:30 13.01.2021 10:30-13:30, 14.01.2021 16:30-19:30 15.01.2021 10:30-13:30) zmiana harmonogramu od 1.03.2021 r.: pn. 15:00-17:00, wt. 9:00-11:00, śr 9:00-11:00, czw. 9:00-11:00, pt. 9:00-11:00, sb. 9:00-11:00, nd. 9:00-11:00) | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4 (parking podziemny) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 519 33 88 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | od 13.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|---|-----------------------------------|
| nazwa: | LABORATORIA MEDYCZNE GRUPA ALAB SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Kolegialna 47 | |
| telefon/ telefony: | 24 367 52 72 | |
| identyfikator REGON | 141708468 | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 28.10.2020 r.: pn-pt w godz. 13.00-15.00, sb-nd w godz. 10.00.-12.00, od 29.10.2020 r.: pn 13.00-17.00, wt. 13.00-15.00, śr 13.00-17.00, czw 13.00-15.00, pt 13.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 10:00-12:00; 25.12.2020 10:00-12:00 26.12.2020 10:00-12:00; 27.12.2020 10:00-12:00 31.12.2020 10:00-12:00; 01.01.2021 10:00-12:00 02.01.2021 10:00-12:00; 03.01.2021 10:00-12:00 Zmiana godzin akcja nauczyciel 11.01.2021 12:00-19:00, 12.01.2021 12:00-19:00 13.01.2021 12:00-19:00, 14.01.2021 12:00-19:00 15.01.2021 12:00-19:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Księdza Piotra Ściegiennego 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 236 572 065 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 13.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 | od 13.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| nazwa: | ALAB LABOLATORIA SP Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-756, ul. Stępińska 22/30 | |
| telefon/ telefony: | 22 349 60 60 | |
| identyfikator REGON | 008105218 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-719, ul. Jagiellońska 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 619 78 76 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311415 | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAN (do 09.11.2020 r.: pn. 13.00-15.00, wt. 15.00-17.00, śr. 13.00-15.00, czw. 13.00-15.00, pt. 13.00-15.00, sb. 9.00-11.00, nd. 9.00-11.00, od 10.11.2020 r.: pn 12.00-14.00, wt. 15.00-17.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 09.00-11.00, nd 09.00-11.00 zmiana godzin w dniach: 24.12.2020 9:00-11:00; 01.01.2021 9:00-11:00 06.01.2020 9:00-11:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-476 , ul. Dąbrowszczaków 5a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 679 49 12 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Ochota | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-353, ul. Szczęśliwicka 36 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 822 88 53 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 010202670 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | MEDiGEN Sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 638 35 38 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 012448352 | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 25.10.2020 r.: pn. 8.00-20.00, wt 8.00-20.00, śr 8.00-20.00, czw 8.00-20.00, pt 8.00-20.00, sb 8.00-20.00, nd 8.00-20.00, od 26.10.2020 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (22) 638 35 38, 882 740 819 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Medyczne Laboratoria Diagnostyczne INVICTA Sp.z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sopot 81-740, ul. Polna 64 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 58 585 88 10 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 367195781 | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 26.10.2020 r.: pn 11.00-14.00, wt 11.00-14.00, śr 11.00-14.00, czw 11.00-14.00, pt 15.00-18.00, sb 15.00-18.00, nd 10.00-13.00 od 27.10.2020 r. do 28.10.2020 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-16.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00, od 29.10.2020 r. do 01.11.2020 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00, od 02.11.2020 r. do 10.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00, w dniu 11.11.2020 r. PUNKT ZAMKNIĘTY, w dniu 12.11.2020 r.: pn 8.00-10.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 10.00-12.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00 od 13.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-901, al. Księcia Józefa Poniatowskiego 1, (Stadion PGE Narodowy- wjazd od ul. Targowej) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 585 858 800 wew. 0 w dniu 11.11.2020 r. telefon do kontaktu 668 323 443 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.10.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | od 24.10.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| nazwa: | BELLESA-MED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobyłka 05-230, ul. Napoleona 20 | |
| telefon/ telefony: | | |
| identyfikator REGON | 363024901 | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | 05.11.2020 | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | FALCK MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-102, ul. Olbrachta 94 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 535 91 00 | | | | | | | | | |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń dla MSWiA) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GLÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 1 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 05.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | GLÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09, od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 1 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | HOLLI MED. POINT Kinga Holli | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-123. ul. Władysława Korotyńskiego 42/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 505 899 528 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 147332981 | | | | | | | | | |
| 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 pobran | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | PUNKT POBRAN (do 23.11.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 15.30-19.30, śr 8.00-12.00, czw 15.30-19.30, pt 8.00-12.00, sb 9.00-13.00, nd 13.00-15.00 od 24.11.2020 r. do 01.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 9.30-13.30, pt 15.00-19.00, sb 10.00-14.00, nd 13.00-15.00 od 02.12.2020 r. do 03.02.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 9.30-13.30, pt 15.00-19.00, sb 10.00-12.00, nd 13.00-15.00 zmiana godzin w dniu 25.12.2020 r.: 15.00-17.00 zmiana godzin akcja nauczyciel 15.01.2021 r.: 13:00-20:00) od 04.02.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-972, ul. Prymasa Augusta Hłonda 1 (teren Świątyni Opatrzności Bożej, wjazd bramą D od ulicy Sejmu Czteroletniego) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 791 280 019 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 16.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zespół Zakadów Opieki Zdrowotnej "WIGOR" Sp. z o.o. w Legionowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana Koziętulskiego 13a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 690 00 99 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 385993793 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | UZDROWISKA KONSTANCIN-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Sue Ryder 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 756 40 24 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288320 | | | | | | | | | |
| 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: | Sanatorium Uzdrowskowie „Konstancja” - IZOLATORIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Źródłana 6/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 484 28 76 667 771 125 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| 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: | Sanatorium Uzdrowskowie „Biały Dom” - IZOLATORIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Mostowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 484 20 37 667 771 125 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 19.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | A.S.International Biuro Handlu Zagranicznego z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-102, ul. Marszałkowska 115/327 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 516 567 576 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 147191090 | | | | | | | | | |

| 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: | Bezpieczny Dom Opieki "NESTOR" - IZLOTARIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-728, ul. Bobrowiecka 9 bud. B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 511 817 025 537 500 554 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | od 23.11.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 25 799 21 23 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 710444492 | | | | | | | | | |
| 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: | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o. - IZOLATORIUM typ I | | | X typ I | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664 419 352 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.02.2021 r. | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | od 04.12.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Centrum Medyczne Riemer S.J. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Sowińskiego 28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 755 52 22 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 016392074 | | | | | | | | | |

| 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: | PUNKT POBRAŃ (do 13.12.2020 r.: codziennie w godz.: 10.00-15.00) od 14.12.2020 r.: (codziennie w godz.: 8.00-13.00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Traugutta 48 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 515 789 012 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 04.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | od 07.12.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261 840 012 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 013280825 | | | | | | | | | |
| 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: | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 09.00-17.00 zmiana godzin w dniach: 25.12.2020 9:00-11:00, 26.12.2020 9:00-11:00 27.12.2020 9:00-11:00, 01.01.2021 9:00-11:00 06.01.2020 9:00-11:00) | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 662 097 317 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.12.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej (teleporad) w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | od: 08.04.2020 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | | Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp.z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Siedlce 08-110, ul. Nikłowa 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | 25 63 33 555 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | 710529892 | | | | | | | | |
| 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: | | Centrum Medyczo-Diagnostyczne Sp.z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Siedlce 08-110, ul. Nikłowa 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | 25 63 33 555 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 08.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | od 09.04.2020 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | | Doc4You sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 02-305, al. Jerozolimskie 142A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | 22 68 87 964 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | 364272660 | | | | | | | | |
| 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: | | Doc4You sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 02-305, al. Jerozolimskie 142A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | 22 68 87 964 | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 09.04.2020 r. | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | od 14.04.2020 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | | Centermed Warszawa Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | Warszawa 00-631, ul. Waryńskiego 10a | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | | 22 825 77 68 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | 145847072 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Family Medica sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-497, ul. Aleksandra Prystora 4/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 883 47 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 384258198 | | | | | | | | | |
| 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: | Family Medica sp. z o.o. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-497, ul. Aleksandra Prystora 4/4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 883 47 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | X | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prażmowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prażmów 05-505, ul. Bogusława Ostapowicza 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 756 73 82 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 016075066 | | | | | | | | | |
| 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: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prażmowie | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prażmów 05-505, ul. Bogusława Ostapowicza 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 22 756 73 82 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | X | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Numer 1 Jarosław Lipczyński | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miszewo Murowane 09-470 , ul. Południowa 11b | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600 854 533 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 604 141 341 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001018396 | | | | | | | | | |
| 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: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 141 341 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 694 303 206 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 551177571 | | | | | | | | | |
| 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: | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 694 303 206 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 24.04.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Teragra s.c. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-936, ul. św. Bonifacego 70/U 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 842 58 13; 22 642 47 18 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 13179902 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | NZOZ Jutro Medical | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czczotą 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 733 635 631 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 384955359 | | | | | | | | | |
| 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 Jutro Medical | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czczotą 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 733 635 631 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.07.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | X | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chorzels 06-330, ul. Grunwaldzka 50 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 602 622 520 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 550726981 | | | | | | | | | |
| 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: | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chorzels 06-330, ul. Grunwaldzka 50 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 602 622 520 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| | | | | | X | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Krzysztof Białek | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Aleja Wojska Polskiego 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 29 751 27 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 141378309 | | | | | | | | | |

| 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: | PRZYCHODNIA RODZINNA w WIŚNIEWIE Grabek i Grabek s.c. | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiśniew 08-112, ul. Sanitariuszek 1 | | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | 602 464 359 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 12.11.2020 r. | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

* 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)