



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

---

Bydgoszcz, dnia 24 września 2020 r.

Poz. 4462

### **OBWIESZCZENIE**

#### **WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO**

z dnia 22 września 2020 r.

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

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374, poz. 567, poz. 568, poz. 695, poz. 875, poz. 1086, poz. 1106, poz. 1422, poz. 1423, poz. 1493, poz. 1478) ogłaszam aktualny wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski  
Mikołaj Bogdanowicz

załącznik  
do obwieszczenia  
Wojewody Kujawsko-pomorskiego  
z dnia 22 września 2020 r.

## WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, W TYM TRANSPORTU SANITARNEGO, W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19

stan na dzień  
15-09-2020

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |  | rodzaj realizowanych świadczeń         |                 |                    |                   |  |   |  |                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19        |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | <b>Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza</b> |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 52 325-56-07   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000979188  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T. Browicza         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12                      |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                 | 52 325-56-07   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii</b>                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 52 32 56 600, 52 32 56 719                                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 092356930  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1                              |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                 |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>Wojewódzki Szpital Zespolony</b>                            |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |





|   |  |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
|   | ruchu  |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | ginekologia i położnictwo                        |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neonatologia                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | kardiologia                                      |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neurologia                                       |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neurochirurgia                                   |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | kardiochirurgia                                  |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego    |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |                 |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |





|  |   | ch świadczeń                           |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH IM. DR JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 52 33 11 031  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000291523   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18  |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 52 33 11 031  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 566 689 100   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000302327   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9   |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 566689100   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHELMNIE   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056 677-26-07   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000310025   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |                 |                    |                   |  |   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 056 677-26-07   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |



|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL<br>DZIECIĘCY IM. J.<br>BRUDZIŃSKIEGO W<br>BYDGOSZCZY  | <b>świadceń</b>                        |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 523 262 100  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000898946  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44   |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 523262100  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | CENTRUM ONKOLOGII IM.<br>PROF. FRANCISZKA<br>ŁUKASZCZYKA W<br>BYDGOSZCZY |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/I.<br>ROMANOWSKIEJ 2                                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 052 374-30-00  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 001255363  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/I.<br>ROMANOWSKIEJ 2                                    |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 052 374-30-00  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SPZOZ 10 WOJSKOWY<br>SZPITAL KLINICZNY Z<br>POLIKLINIKĄ                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW<br>WARSZAWY 5                                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 261 417 220  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 090538318  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA W<br>SZPITALNYM ODDZIALE<br>RATUNKOWYM                       |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW<br>WARSZAWY 5                                |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |





|   |  |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
|---|--|---|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---|
| OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"NOWY SZPITAL W NAKLE I<br>SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,,<br>NAKŁO NAD NOTECIAŃ/89-<br>100/MICKIEWICZA 7 |  |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony:  |  | 41 240 10 02                            |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| identyfikator REGON   |  | 340104087                               |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>   |  | <b>transport sanitarny</b>              | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | NAKŁO NAD NOTECIAŃ/89-100/MICKIEWICZA 7 |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony   |  | 41 240 10 02                            |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 2</b>   |  | <b>transport sanitarny</b>              | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9                |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony   |  | 41 240 10 02                            |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b>  |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |                 |                    |                   |  |   |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY      |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75          |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony:  |  | 52 36-55-799                            |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| identyfikator REGON   |  | 340517145                               |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>   |  | <b>transport sanitarny</b>              | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM                     |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75          |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony   |  | 52 36-55-799                            |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b>  |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |                 |                    |                   |  |   |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPÓŁKA Z O.O. |   |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6               |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony:  |  | 542 880 415                             |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| identyfikator REGON   |  | 340572055                               |                 |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>   |  | <b>transport sanitarny</b>              | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b>                     |



|  |   | sanitarny                              |                 |                    |                   | świadczenia stomatologiczne                | wirusa SARS-CoV-2                         | kwalifikacja typu pretriage                |                     |   |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUN/87-100/BATOREGO 17/19                               |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 056 65-57-530   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHELMŹY                    |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMŹA/87-140/SZEWSKA 23                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 566 752 255   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 871547899   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMŹA/87-140/SZEWSKA 23                                 |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 566 752 255   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRYŃ/87-400/KOPPA 1E                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056-683-22-91   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 871552334   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRYŃ/87-400/KOPPA 1E                              |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 056-683-22-91   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ            |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3                              |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 054 28-56-200   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 910333036   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia</b>                 | <b>test na obecność wirusa SARS-</b>      | <b>wstępna kwalifikacja</b>                | <b>punkt pobrań</b> |   |

|  |  |  |                 |                    |                   | stomatologiczne                            | CoV-2                                     | typu pretriage                             |                     |   |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3                             |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 054 28-56-200  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 054 23 08 728  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 910858394  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2                                 |  |                 |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                  | 054 23 08 728  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 054 282-80-01  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 911344332  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18               |  |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 054 282-80-01  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19               |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 52 343 07 69   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 93211718   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia</b>                 | <b>test na obecność wirusa SARS-</b>      | <b>wstępna kwalifikacja</b>                | <b>punkt pobrań</b> |   |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa:   | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                                       |  |                 |                    |                   |  | stomatologiczne                           | CoV-2                                      | typu pretriage      |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19                    |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 52 343 07 69  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 54 284 71 80  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 910928611   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach                                  |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 54 284 71 80  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 500 145 868   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 871532082   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258                         |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 500 145 868   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA: PRZYCHODNIA KEMED |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŃNO/87-200/MATEJKI 20c                                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 734 414 517; 602 125 588                                      |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 93211718  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |



|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa:   | RADOSŁAW KĘDZIA<br>PRYWATNA PRAKTYKA<br>LEKARSKA: PRZYCHODNIA<br>KEMED               |  |                 |                    |                   | X  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŻNO/87-200/MATEJKI<br>20c  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 734 414 517; 602 125 588   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA<br>ŁOCHOWSKIEGO 7A  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 343 32 11; 52 343 25 66   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 362503947  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA<br>ŁOCHOWSKIEGO 7A  |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 52 343 32 11; 52 343 25 66   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA<br>35-37  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 514 773 048; 56 675 65 20  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 341477181  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA<br>35-37  |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 514 773 048; 56 675 65 20  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>ESKULAP s c ZOFIA i<br>ANDRZEJ GRUDEWICZ |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200 /DOLNA<br>22  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 54 285 45 68   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 910132059  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia</b>                 | <b>test na obecność wirusa SARS-</b>      | <b>wstępna kwalifikacja</b>                | <b>punkt pobrań</b> |  |

