

**OBWIESZCZENIE
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 30 lipca 2020 r.

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

Na podstawie art 7 ust 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.) ogłaszam w załączniku do obwieszczenia wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, który zastępuje wykaz podmiotów wskazanych w obwieszczeniu z 20.07.2020r.

wz. Wojewody Lubuskiego
Wicewojewoda Lubuski

Wojciech Perczak

Załącznik do obwieszczenia
 Wojewody Lubuskiego
 z dnia 30 lipca 2020 r.

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 30.07.2020)

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa: | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 683296200 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970773231 | | | | | | | | |
| 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 | |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | | | | | | | |
| | | X | | | | X | | X | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Akademik "Wcześniak" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Anestezjologii i | | X | | | | X | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Intensywnej Terapii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 531 797 165 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|--|--|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 957 331 222 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań | | |
| nazwa: | | X | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oddział Reumatologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych z łózkami zakaźnymi | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 349, 957 331 359 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocznica | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 833 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocznica | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 430 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocznica | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Hotel "Gorzów" | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | Zakład Mikrobiologii | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 415 180 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-----------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 684 707 810 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970327974 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | X | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| telefon/ telefony | 68 470 78 88 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoczek | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Żelazna 1a | | | | | | X | X | X |
| telefon/ telefony | 68 477 12 02 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoczek | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Hotel Villa Nowa | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | X | | | X | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoczek | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, budynek nr 5A | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | X | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 68 470 78 18 | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 34 16 300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080467187 | | | | | | | | |
| 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 |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 68 341 63 00 wew. 321 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Paramedic 24 Sp. z o. o. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|--|---|--|----------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczecin/71-040/gen. Józefa Hallera 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocznica | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocznica | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/ul. Słoneczna 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--|---|--|----------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 797 606 252 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310396 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 284, 797 606 220 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 204 | | | | | | | | |

| | | |
|---|--------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń |
| nazwa: | TRANSMED S. C. Arkadiusz | |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| | Masiowski, Tomasz Urban | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 604 984 220 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970757048 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 984 220 | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | |
| telefon/ telefony: | 65 540 16 55, 509 787 701 | |
| identyfikator REGON | 971297560 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | X | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 83 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | X | X | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULECIN | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulecin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 755 22 60 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300736 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulecin/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | |
| 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 |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 68 38 82 310 | | | | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | |
| telefon/ telefony: | 95 762 05 10 | |
| identyfikator REGON | 080396330 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 95 763 99 67 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 383 5328 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepoda | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|-------------------------|------------------------|--|--|---|-----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 76 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 977947094 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transpo rt sanitar ny ** | leczen ie | izolato rium | telepo rada | dorażne świadcze nia stomatol ogiczne | test na obecność wirusa SARS- CoV-2 | wstępna kwalifikacj a typu pretriage | pun kt pob rań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 533 318 219 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 095 750 14 10 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080445872 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 758 20 71 wew. 359 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 400 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320233950 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | X |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 14 10 | | | | | | | | |
| 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 |
| nazwa: | Oddział Chorób Wewnętrznych | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 14 20 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211184206 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatol | test na obecność wirusa SARS- | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|--|--|--|----------------|--------------|----------|--|
| | | | | | | | ogiczne | CoV-2 | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 095 717 00 39 wew.10, 11, 79, 87 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------|-------------------------|------------------------|--|--|---|-----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 800 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080188702 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transpo rt sanitar ny ** | leczen ie | izolato rium | telepo rada | doraźne świadcze nia stomatol ogiczne | test na obecność wirusa SARS- CoV-2 | wstępna kwalifikacj a typu pretriage | pun kt pob rań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320425542 | | | | | | | | |
| 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 |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | X | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 21 10 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| telefon/ telefony: | 412 402 311 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320592406 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 06 30 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290630 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | X | X | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | DENTAL-MED JUSTYNA NIEDZIELSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/ 67-115/ul. Kożuchowska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608 045 139 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080447687 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 608 045 139 | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | |
|--|--|

katalog realizowanych świadczeń

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------------------|-------------------------|------------------------|--|--|---|-----------------------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 452 77 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970748470 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transpo rt sanitar ny ** | leczen ie | izolato rium | telepo rada | doraźne świadcze nia stomatol ogiczne | test na obecność wirusa SARS- CoV-2 | wstępna kwalifikacj a typu pretriage | pun kt pob rań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | X | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | |
|--|--|

katalog realizowanych świadczeń

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|----------------------|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W MIĘDZYRZECZU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ ul. Poznańska 109 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 87 00 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290133 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH W MIĘDZYRZECZU | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ ul. Poznańska 109 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 87 00 | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr | 66-003/ Zabór/ ul. Zamkowa 1 |

katalog realizowanych świadczeń

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 327 40 28 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774176 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 66-003/ Zabór/ ul. Zamkowa 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 327 40 28 | | | | | | | | |

katalog realizowanych świadczeń

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|--|---|--|----------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | | | | | | | | |
| nazwa: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 758 61 08 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210263300 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | telepocząta | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrań |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| nazwa: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 95 758 61 08 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | VITADENT CLINIC | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 510 288 857 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210089629 | | | | | | | | |
| 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 |
| nazwa: | VITADENT CLINIC | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 510 288 857 | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce

stacjonowania zespołu
** liczba zespołów w
danym miejscu