

**OBWIESZCZENIE  
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 01.12.2020 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 (t.j.Dz. U. 2020 poz. 1842) 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 27 listopada 2020r.

Wojewoda Lubuski

**Władysław Dajczak**

Załącznik do obwieszczenia  
Wojewody Lubuskiego  
z dnia 01.12.2020 r.

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 30.11.2020r.)

wykaz cz. 1

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>       | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |  |                    |                   |  |   |  |                     |    | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | SZPITAL UNIWERSYTECKI<br>IMIENIA KAROLA<br>MARCINKOWSKIEGO W<br>ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |                    |                   |  |   |  |                     |    | II                                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |   | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty<br>26  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |   | 683296200   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator<br>REGON                                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |   | 970773231   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   | <b>transport sanitarny **</b>  | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | X  |  |                    |                   |  |   |  | S                   | II |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |   | Kliniczny Oddział Chorób<br>Zakaźnych<br>Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty<br>26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |   | 68 3296478; 68 3296481; 68<br>3296200   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                            |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                      |                               |  |                    |                   |  |   | X  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 68 32 96 340   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Akademik "Wcześniak"                                   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67          |                               |  | X                  |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26                      |                               | X  |                    |                   |  |   |  | II                  |
| telefon/ telefony                                       | 531 797 165  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---------------------------------------|--|--|---|
|                                       |  |  |   |

|   |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----|
| <b>lecznica 2</b>                                       |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| nazwa:  | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością    |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | IV |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/<br>ul. Jana Dekerta 1  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony:                                      | 957 331 222   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| identyfikator<br>REGON                                  | 211228381   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Hotel "Gorzów"  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/<br>ul. Walczaka 22   |                               |  | X                  |                   |  |   |  |                     |    |
| telefon/ telefony                                       |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością    |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | IV |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/<br>ul. Jana Dekerta 1 (wraz z Zespołem Szpitalnym przy ul Walczaka 42) |                               | X  |                    |                   |  |   | X  | Sx3                 |    |
| telefon/ telefony                                       | 957 331 222   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 684 707 810  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 970327974  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Hotel Villa Nowa   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żagań/68-100/Nowogródzka 74  |  |  | X                  |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                 |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | 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 (wraz z filią Żagań)                                       |  | X  |                    |                   |  |   | X (z wyłączeniem filii Żagań)              | Sx2 (Żary i Żagań)  |   |
| telefon/ telefony                                 | 68 470 79 07   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Hotel Willa Park              |  |   |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Żagań/68-100/Piłsudskiego 19c |  | X |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                       | 68 477 12 00                  |  |   |  |  |  |  |  |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b>       | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|----|
| nazwa:  | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   | II |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| telefon/ telefony:                                      | 68 34 16 300  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| identyfikator REGON                                     | 080467187   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                               | X  |                    |                   |  |   | X  |                     |   |    |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| telefon/ telefony                                       | 68 34 16 300  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |



|                   |             |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 601 631 484 |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b>       |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |  |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|--|--|---------------------|---|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej             |  |  |                    |                   |  |  |  |                     | II i III                                |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulechów/66-100/ul.<br>Zwycięstwa 1                        |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                      | 797 606 252  |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| identyfikator<br>REGON                                  | 000310396  |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny<br/>**</b>      | <b>leczenie /<br/>obserwacja<br/>w kierunku<br/>COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej             |  | X  |                    |                   |  |  | X  | S                   | II                                      |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulechów/66-100/ul.<br>Zwycięstwa 1                        |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 797 606 252  |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>                  |  | <b>transport sanitarny<br/>**</b>      | <b>leczenie /<br/>obserwacja<br/>w kierunku<br/>COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne<br/>świadczenia<br/>stomatologiczne</b> | <b>test na<br/>obecność<br/>wirusa SARS-<br/>CoV-2</b> | <b>wstępna<br/>kwalifikacja<br/>typu<br/>pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa |  | X  |                    |                   |  |  |  |                     | III                                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulechów/66-100/ul.<br>Zwycięstwa 1                        |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 797 606 252  |  |  |                    |                   |  |  |  |                     |   |

\* od 6.11.2020r.



|   |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b>       |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:  | TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                      | 604 984 220                                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator<br>REGON                                  | 970757048  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>                 |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Zespół transportu medycznego                     | 3                                      |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 604 984 220                                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

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

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT"<br>S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiaz, Janusz Kaminiaz |                               |  |                    |                   | X  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 65 540 16 55, 509 787 701  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>       |   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---|
| nazwa:  | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.             |  |  |                    |                   |  |   |  | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji<br>3 Maja 35 |  |  |                    |                   |  |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                      | 95 742 83 00                                |  |  |                    |                   |  |   |  |   |
| identyfikator REGON                                     | 210368418                                   |  |  |                    |                   |  |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                 |  |  |                    |                   |  |   |  |   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji<br>3 Maja 35 |  |  |                    |                   |  |   | X  | S                                       |
| telefon/ telefony                                       | 95 742 82 81                                |  |  |                    |                   |  |   |  |   |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Szpital Międzyrzeczki Sp. z o.o.            |                               | X  |                    |                   |  |   |  | I                   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji<br>3 Maja 35 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 95 742 83 00                                |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b>      |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ SULECIN |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulecin/69-200/Wincentego<br>Witosa 7                        |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                      | 95 755 22 60   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator<br>REGON                                  | 000300736  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulecin/69-200/Wincentego<br>Witosa 7                        |  |  |                    |                   |  |   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 95 755 95 09   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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> |   |



|  |  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| telefon/ telefony                                | 68 388 21 00                                       |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>            |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:   | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli          |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. 1-go Maja 26 (Stadion Miejski) |                               |  |                    |                   |  |   |  | S                   |  |
| telefon/ telefony                                | 500078090  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> | <b>catalog realizowanych świadczeń</b>                              |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
|--|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|----|
| nazwa:   | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |    |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| telefon/ telefony:                                 | 95 762 05 10  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| identyfikator REGON                                | 080396330   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:   | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     | S                                       | II |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8                                     |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 95 762 05 10  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |    |

\* 52 łóżka w dniach 17-18.10.2020r.

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b>      |                                    | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                                 | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|------------------------------------|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------------------|---|
| nazwa:  | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE         |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 | I *                                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 |   |
| telefon/ telefony:                                      | 68 383 5328                        |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 |   |
| identyfikator REGON                                     | 366423412                          |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |                                    | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE         | X                                      | X  |                    |                   |  |   | X  | Sx2 (Krosno Odrzańskie i Gubin) | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 |   |
| telefon/ telefony                                       | 68 419 75 81                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                                 |   |

\* zgodnie z decyzją zmieniającą Wojewody Lubuskiego od 10.11.2020r. obowiązuje I poziom zabezpieczenia

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| nazwa:  | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |  |  |  |  |  |  | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| telefon/ telefony:                                      | 68 475 76 00  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| identyfikator REGON                                     | 977947094   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                          |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                        |   |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2                                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                       | 533 318 219   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                          |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     | I            |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2                                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                       | 68 475 76 00  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15             |   | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19   |
|---|---|---------------------------------|--|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. |                                 | II (zmiana daty obowiązywania: było od 26.10.2020r jest od 28.10.2020r.) |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6   |                                 |  |
| telefon/ telefony:                                      | 095 750 14 10   |                                 |  |
| identyfikator REGON                                     | 080445872   |                                 |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                          |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |    |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Ślubicach s. z o.o. |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | II |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Ślubice/69-100/Nadodrzańska 6   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |    |
| telefon/ telefony                                       | 095 750 14 10   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16             |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33                                     |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 412 401 400  |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                     | 320233950  |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                          |  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33                                     |                                 |   |             |            |                                     |                                    | X                                   | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                       | 41 240 14 10   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 2                          |  | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                        | X   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33                                     |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                       | 412 401 400  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17             |  | katalog realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigieckiego sp. z o. o. |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I/II                             |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5  |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                      | 95 717 00 39   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                     | 211184206  |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                        |  | transport sanitarny **          | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |                                  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigieckiego sp. z o. o. |                                 | X   |             |            |                                     |                                    | X                                   | S            | I/II                             |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5  |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                       | 95 717 00 39   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

\*II poziom  
obowiązuje od  
28.10.2020r.

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b>      |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                      | 412 401 800  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                     | 080188702  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | S                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 41 240 18 10   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6                            | 1                                      | X  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 412 401 800  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19*</b>     |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I /II                                   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska<br>6                                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                      | 412 402 100   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                     | 320425542   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  | X  |                    |                   |  |   | X  | S                   | I/II                                    |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska<br>6                                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 412 402 100   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

\* zgodnie z decyzją  
MZ od 12.11.2020r.  
dodano II poziom  
zabezpieczenia

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| nazwa:  | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |  |  |  |  |  |  | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska<br>1                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| telefon/ telefony:                                      | 412 402 311   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

|   |   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| identyfikator REGON                                     | 320592406   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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  |                               |  |                    |                   |  |   | X  | S                   |   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska<br>1                                       |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 412 402 311   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Nowy Szpital w Szprotawie<br>Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością |                               | X  |                    |                   |  |   |  |                     | I |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska<br>1                                       |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 412 402 311   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Lubuskie Centrum Ortopedii im.<br>dr. Lecha Wierusza Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |  |   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |  | I                                       |
| telefon/ telefony:                                      | 68 475 06 30  |  |   |
| identyfikator REGON                                     | 000290630   |  |   |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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  |                               |  |                    |                   |  |   | X  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 68 475 06 30  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                               | X  |                    |                   |  |   |  | I                   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 68 475 06 30  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|---|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE |  | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |  |   |
| telefon/ telefony:                                      | 68 452 77 00  |  |   |
| identyfikator REGON                                     | 970748470   |  |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                   |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
|--|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE |                        | X   |             | X          |                                     |                                    |                                     |              | I |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42   |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                | 68 452 77 00  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                   |   | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | I |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-022/Sulechowska 41 (parking)  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                | 68 452 77 64  |                        |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |
| nazwa:   | Al-Dentica Opieka Dentystyczna       |  |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica             | 69-100/ Ślubice/ ul. Mickiewicza 9/1 |  |

|  |                                      |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| i nr domu  |                                      |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                               | 95 758 61 08                         |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                              | 210263300                            |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>            |                                      | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:   | AI-Dentica Opieka Dentystyczna       |                               |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                | 95 758 61 08                         |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| 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  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:   | VITADENT CLINIC                                  |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu   | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

|                   |             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 510 288 857 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b>      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>  |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:  | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | 51-124 / Wrocław / ul. Henryka Michała Kamińskiego 73A                              |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                      | 68 388 21 91  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator<br>REGON                                  | 390775606   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   | <b>transport sanitarny **</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | 67-100 / Nowa Sól / ul. Chałubińskiego 7  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                       | 68 388 21 91  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b>      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>          |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | LLP Spółka Cywilna Bartosz Lelito, Jakub Lelito |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 2a                 |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                      | 721 998 202                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator<br>REGON                                  | 381022354                                       |  |  |  |  |  |  |  |



| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | LLP Spółka Cywilna Bartosz Lelito, Jakub Lelito |                               |  |                    |                   |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 1a                 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 721 998 202                                     |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b>      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>                                 |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | Spółdzielnia Rehabilitacja w Gościmiu Spółdzielnia Osób Prawnych       |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                      | (095)762 42 21   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                     | 6105148  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy im. prof. Wiktora Degi w Gościmiu |                               |  | X                  |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | (095)762 42 21   |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14                      |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                      | 699 713 999   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                     | 367581053   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" |  |  |                    |                   |  |   |  | S                   |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Otyń/67-106/ul. Dworcowa – Dworzec Kolejowy           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 699 713 999   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b>      |                                | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Agamed Transport Medyczny      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Bydgoszcz/85-467 /Deszczowa 47 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                      | 508 152 940                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                     | 91235519                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Agamed Transport Medyczny                            | <b>1</b>                      |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra /65-046/Ul. Zyty<br>26 (teren szpitala) |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 508 152 940  |                               |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b>      |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Kraków/31-864/ul. Prof. M.<br>Życzkowskiego 16                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                      | 693533460   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                     | 356366975   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   |   | <b>transport sanitarny **</b>          | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |  |  |                    |                   |  |   |  | <b>S</b>            |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zielona Góra/65/001/ul.<br>Wrocławska (na pętli<br>autobusowej) |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 693533460   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31*</b>     | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>           |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zwierzyn/66-542/ ul. Wojska Polskiego 58         |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                      | 730580190  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                     | 363385770  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                   | <b>transport sanitarny **</b>                    | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</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:  | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/<br>kod pocztowy/ ulica<br>i nr domu | Zwierzyn/66-542/ ul. Wojska Polskiego 58         |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                       | 730580190  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|   |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |

\* Obowiązuje od 19.11.2020r. (data zgłoszenia)

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

**M, S - w odniesieniu do punktu pobrań - mobilny zespół wyjazdowy (M), stacjonarny (S)**

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a**

następnie stanu epidemii

wykaz cz. 3

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

|  |          |
|--|----------|
| udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY   |          |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający   | <b>X</b> |

|  |          |
|--|----------|
| świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO                                  |          |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT     | <b>X</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | <b>X</b> |

|  |          |
|--|----------|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO | <b>X</b> |
|--|----------|

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

wykaz cz. 4

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



|  |  |
|--|--|
| udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS |  |
|--|--|

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

wykaz cz. 5

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|---|---|
|   | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP                  | <b>X</b>  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń ratownictwo medyczne | <b>X</b>  |