

**OBWIESZCZENIE
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 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 29 września 2020r.

Wojewoda Lubuski

Władysław Dajczak

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

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 04.10.2020r.)

wykaz cz. 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | | transport sanitarny ** | 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 UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| 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 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | X | | | | | | X | II |
| adres: miejscowość/ kod | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|----|
| pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Akademik "Wcześniak" | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | | | | | II |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejsowość/ 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 | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | II |
| adres: miejsowość/ 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | | | | | | | | | | II |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oddział Reumatologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych z łózkami zakaźnymi Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | | | | | | | | |
| | | X | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----|
| telefon/ telefony | 957 331 349, 957 331 359 | | | | | | | | | |
| 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: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Franciszka Walczaka 42 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 833 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 957 331 430 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Hotel "Gorzów" | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | X | | | | | | |

| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----|
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Dziecięcy z Pododdziałem Neurologii Dziecięcej | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 564, 957 331 556 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COViD - 19 |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 68 470 78 88 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Żelazna 1a | | | | | | | X | X |
| telefon/ telefony | 68 477 12 02 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Hotel Villa Nowa | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|---|
| nazwa: | Hotel Willa Park | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Piłsudskiego 19c | | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 477 12 00 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 684 707 810 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2, budynek nr 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 470 79 07 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | II |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 341 63 00 wew. 321 | | | | | | | | | |
| 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: | Oddział Rehabilitacji | | | | | | | | | II |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|----|
| | Pulmonologicznej | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | X | | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 5 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
| nazwa: | Paramedic 24 Sp. z o. o. | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczecin/71-040/gen. Józefa Haller 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | | |

| 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: | Zespół transportu medycznego | 3 | | | | | | | |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 2 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/ul. Słoneczna 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 3 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycza/69-113/ul. Różana 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 601 631 484 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|--------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | | I i II |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa | | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 284, 797 606 220 | | | | | | | | | | |
| | | | X | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | X | X | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| ulica i nr domu | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 204 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | catalog 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt 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-Kaminiaz, Janusz Kaminiaz | | | | | | | | |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | | | | | X | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | | |
| 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 Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | | I |
| adres: | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 3 Maja 35 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 83 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia a COViD - 19 |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosá 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 755 22 60 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300736 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosá 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | | X |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | X | | |

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

| | | | |
|--|---|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | II |
| telefon/ telefony: | 95 762 05 10 | | |
| identyfikator REGON | 080396330 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | X | X |
| telefon/ telefony | 95 763 99 67 | | | | | | | | |
| 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: | Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacyjny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | | | |
| 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: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 383 5328 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |
| 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 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 | | | | | | | | | I |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica 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. | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica 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: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | | | | | | | | X |
| telefon/ telefony | 95 758 20 71 wew. 359 | | | | | | | | | X |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | X | | | | | | | |
| 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/ 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 / 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 | 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 / 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 412 401 400 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COViD - 19 | |
| 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 | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator | 211184206 | | | | | | | | | |

| REGON | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 095 717 00 39 wew.10, 11, 79, 87 | | | | | | | | |
| 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: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | | X | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COViD - 19 |
|---|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | I |
| adres: | Kostrzyn nad Odrą/66- | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|---|
| miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 800 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080188702 | | | | | | | | | |
| 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: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66- 470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | X | X | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 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 w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66- 470/Gabriela Narutowicza 6 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |
| 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 21 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 w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/telefony | 412 402 100 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | X |
| telefon/telefony | | | | | | | | | |
| 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 | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |
| 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: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 |
| 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 | | | | | | | | I |
| 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 ZIELONEJ GÓRZE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | X | | X | | | | I |
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | AI-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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|
| nazwa: | AI-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 24 | 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 / obserwacja w kierunku COVID-19 | 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 | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | X | | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 51-124 / Wrocław / ul. Henryka Michała Kamińskiego 73A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 91 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 390775606 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-100 / Nowa Sól / ul. Chałubińskiego 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 91 | | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba
zespołów w
danym
miejscu

**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 |
|--|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |

| | |
|--|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| wykaz cz. 1 | |