

**OBWIESZCZENIE
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 11.01.2021 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 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 8 stycznia 2021r.

Wojewoda Lubuski

Władysław Dajczak

Załącznik do obwieszczenia
Wojewody Lubuskiego
z dnia 11.01.2021 r.

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 08.01.2021r.)

wykaz cz. 1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| 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: | 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 | | | | | | | | | |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 3296478; 68 3296481; 68 3296200 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|--|---|-------------------------------|--|---------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---------------------------|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | 1 | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Akademik "Wcześniak" | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpital Tymczasowy | | X | | | | | | | szpital tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 329 62 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 957 331 222 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211228381 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Hotel "Gorzów" | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 (wraz z Zespołem Szpitalnym przy ul Walczaka 42) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 222 | | | | | | | | | |

* funkcjonuje do dnia 08.01.2021r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | II |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Hotel Villa Nowa | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | | | | | | | X |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 (wraz z filią Żagań) | | | | | | | | | X |
| telefon/ telefony | 68 470 79 07 | | | | | | | | | X (z wyłączeniem filii Żagań) |
| | | | | | | | | | | Sx2 (Żary i Żagań) |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | II |
| adres: miejsowość/ 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: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Paramedic 24 Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczecin/71-040/gen. Józefa Hallera 11 | | | | | | | | |
| telefon/ | 601 631 484 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|--|---------------------|--------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| telefony: | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 3 | | | | | | | M (10 zespołów wymazowych) |
| 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 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | 4 | | | | | | | |
| 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 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | | | | | | | | | II i III |
| 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 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2* | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Endoskopii Ginekologicznej i Położnictwa | | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | | | | | | | | |

*na podstawie decyzji zmieniającej obowiązuje od 18.12.2020

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| nazwa: | TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 984 220 | | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|-------------------------------|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | X | S |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|-------------------------------|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | X | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 95 742 83 00 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 95 755 22 60 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300736 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 Witosa 7 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | | |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|--------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | | I |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | X | | |
| 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 | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | X | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 00 | | | | | | | | |
| 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: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | S |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/ul. 1-go Maja 26 (Stadion Miejski) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500078090 | | | | | | | | |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|--|---|---|--------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----|
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | | | | | | | |
| | | X | | | | | | S | II |

* 52 łóżka w dniach 17-18.10.2020r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|------------------------------------|---|--------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 383 5328 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 419 75 81 | | | | | | | | |
| | | X | | | | | X | Sx2 (Krosno Odrzańskie i Gubin) | I |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|---------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | X |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | 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: miejsowość/ 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. | | | | | | | | | II (zmiana daty obowiązywania: było od 26.10.2020r jest od 28.10.2020r.) |
| 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: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | X | | | | | | S | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/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/ 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 | izolatoriu m | 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 | 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 | izolatoriu m | 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 zabezpieczenia 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: | 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 | | X | | | | | X | S | I |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | I |
| 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | 1 | X | | | | | X | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | | | | | | | | |

* szpital z dniem 12.12.2020r. przekwalifikowano na I poziom, co skutkuje przywróceniem możliwości rozliczenia pretriage

| 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 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | | X | | | | | X | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 100 | | | | | | | | | |

* zgodnie z decyzją zmieniającą MZ od 04.12.2020r. obowiązuje I poziom zabezpieczenia

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 311 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320592406 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / 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: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | |
| 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 Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000290630 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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 | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIEIONEJ GÓRZE | | | | | | | | | I |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 452 77 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970748470 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | 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: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporad a | 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: | Zielona Góra/65-022/Sulechowska 41 (parking) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 452 77 64 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------|--------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| nazwa: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ 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 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | | |
| nazwa: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 758 61 08 | | | | | | | | | |
| | | | | X | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | VITADENT CLINIC | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|--|
| adres: miejsowość/ 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: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 510 288 857 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczeni a COVID - 19 | |
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 51-124 / Wrocław / ul. Henryka Michała Kamieńskiego 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: | Spółdzielnia Rehabilitacja w Gościmiu Spółdzielnia Osób Prawnych | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (095)762 42 21 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 6105148 | | | | | | | | |
| 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: | Ośrodek Rehabilitacyjno- Wypoczynkowy im. prof. Wiktora Degi w Gościmiu | | | X | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Gościm 89 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (095)762 42 21 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 699 713 999 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 367581053 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|---|--------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK" | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/ul. Dworcowa – Dworzec Kolejowy | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 699 713 999 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|------------------------|---|--------------|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa: | Agamed Transport Medyczny | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-467 /Deszczowa 47 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 508 152 940 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 91235519 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Agamed Transport Medyczny | 1 | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra /65-046/Ul. Zyty 26 (teren szpitala) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 152 940 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/ul. Prof. M. Życzkowskiego 16 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 693533460 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| 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: | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | S |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65/001/ul. Wrocławska (na pętli autobusowej) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693533460 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31* | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | | | | | | | |
| adres: miejsowość/ | Zwierzyn/66-542/ ul. Wojska Polskiego 58 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------------------|------------------------|---|--|---|-------------------------|
| kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 730580190 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363385770 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatoriu m | teleporad a | doraźne świadczenia stomatologicz ne | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacj a typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/ ul. Wojska Polskiego 58 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 730580190 | | | | | | | | |

* 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 lecniczą | 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 | X |

| | |
|--|---|
| świadczeń PSY | |
| 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 | X |

| | |
|--|---|
| opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | |
| 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 | X |

| | |
|--|---|
| świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO | X |

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

wykaz cz. 4

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie | X |

| | |
|--|---|
| umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | |
| 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 AOS | X |

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

wykaz cz. 5

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |

| | |
|---|---|
| Świadczenia wycy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczenia wycy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń ratownictwo medyczne | X |
| Świadczenia wycy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie lekarza POZ | X |

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

wykaz cz. 6

| Podmiot | rodzaj realizowanych świadczeń |
|----------------|---------------------------------------|
|----------------|---------------------------------------|

| | |
|--|---|
| wykonyjący działalność leczniczą | |
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

wykaz cz. 7

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | W | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | |
| telefon/ telefony | 683296200 683296479 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X |
| 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | W | 1 |
| adres: miejsowość/ | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | 957 331 222 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 684707810 | | |
| identyfikator REGON | 970327974 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Lekarzy POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | W | |
| telefon/ telefony | 684707810 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 797 606 252 | | |
| identyfikator REGON | 000310396 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1 | | |
| telefon/ telefony | 797 606 252 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | |
| adres: miejsowość/ 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 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Nr 2 | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | W | |
| telefon/ telefony | 95 742 83 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 95 755 22 60 | | |
| identyfikator REGON | 000300736 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalny oddział ratunkowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 7 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| adres: miejsowość/ 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 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 8 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | |
| telefon/ telefony: | 95 762 05 10 | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| identyfikator REGON | 080396330 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba Przyjęć Szpitala | W | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRZELCACH KRJ. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Krajeńskie/66-500/SŁOWACKIEGO 17 | | |
| telefon/ telefony | 957620510 957632825 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | | |
| telefon/ telefony: | 68 383 5328 | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3 | W | |
| telefon/ telefony | 68 383 5328 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|--|--|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | X | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 76 00 | | |
| identyfikator REGON | 977947094 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Chirurgiczna | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 76 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Chirurgiczna | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ | ŻARY/68-200/Skarbowa 2 | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | 68 470 36 92 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | | X |
| telefon/ telefony: | 095 750 14 10 | | |
| identyfikator REGON | 080445872 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Nadodrzańska 6 | W | 2 |
| telefon/ telefony | 095 750 14 10 510113787 | | |
| Data dodania do | 28.12.2020 | | 07.01.2021 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| wykazu | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO W RZEPINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzepin/69-100/Słubicka 4 | | 2 |
| telefon/ telefony | 95 7582071 95 7596318 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | X |
| telefon/ telefony: | 412 401 400 | | |
| identyfikator REGON | 320233950 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Izba Przyjęć Szpitala | W | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 | | |
| telefon/ telefony | 412401400 573491559 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | |
| identyfikator REGON | 211184206 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | W | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipki Wielkie/66-431/Szosowa 107 | | |
| telefon/ telefony | 95 731 23 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| 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 | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 800 | | |
| identyfikator REGON | 080188702 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 15 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 100 | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| identyfikator REGON | 320425542 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Oddział Położniczo-Ginekologiczny | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | |
| telefon/ telefony | 412 402 100 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 311 | | |
| identyfikator REGON | 320592406 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | W | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | |
| telefon/ telefony | 412402311 515079185 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | 07.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 06 30 | | |
| identyfikator REGON | 000290630 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Zamkowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 452 77 00 | | |
| identyfikator REGON | 970748470 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Medycyny pracy | W | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| telefon/ telefony | 68 452 77 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Punkt Szczepień POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | |
| telefon/ telefony | 684527786 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109 | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 87 56 | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| identyfikator REGON | 000290133 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Poradnia Neurologiczna | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109 | | |
| telefon/ telefony | 95 742 87 56 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwów i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | |
| telefon/ telefony: | 68 341 94 55 | | |
| identyfikator REGON | 000292793 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Izba Przyjęć | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skąpe/66-213/Cibórz 5 | | |
| telefon/ telefony | 68 341 94 55 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony: | 68 34 16 300 | | |
| identyfikator REGON | 080467187 | | |
| | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc | P | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony | 68 34 16 300 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E | | |
| telefon/ telefony: | 601 325 200/782 120 251 | | |
| identyfikator REGON | 97800560300020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERAPIA" | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 68 383 06 06 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienia personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 382 39 45 | | |
| identyfikator REGON | 8124206500020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienia personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 382 39 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA BETIUK I KWIATKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 691 889 744 | | |
| identyfikator REGON | 8108125400028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowsky | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 388 82 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37 | | X |
| telefon/ telefony: | 796 402 287 | | |
| identyfikator REGON | 38235866500018 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37 | | 2 |
| telefon/ telefony | 796 402 287 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
|---|---|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH S.C. B.JANECZKO, A.TRUDNOWSKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3 | | X |
| telefon/ telefony: | 605 205 199 | | |
| identyfikator REGON | 97123738000021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Vita | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1/3 | | 2 |
| telefon/ telefony | 68 475 28 11 68 382 9 840 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |

| | | | |
|---|---|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO "WIGOR" S.C. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8 | | X |
| telefon/ telefony: | 508 200 102 | | |
| identyfikator REGON | 97122219000045 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarza Rodzinnego "WIGOR" s.c. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Szafrana 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 328 24 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 28 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec | | X |

| | | | |
|---|---|---|--|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A | | |
| telefon/ telefony: | 502 566 760 | | |
| identyfikator REGON | 21041486800024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytoczna/66-340/Główna 1A | | |
| telefon/ telefony | 95 749 30 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 29 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gronów/66-615/Główna 2E | | |
| telefon/ telefony: | 607 379 331 | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON | 97125288200023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gronów/66-615/Główna 2E | | |
| telefon/ telefony | 68 383 21 92 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuplice/68-219/Parkowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 68 375 71 17 | | |
| identyfikator REGON | 97069485600024 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tuplice/68-219/Parkowa 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 375 71 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
| nazwa: | Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6 | | X |
| telefon/ telefony: | 663 736 667 | | |
| identyfikator REGON | 41018000000052 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 65 549 23 18 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MIEJSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE STASZICA" ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARSKA S.C. ELŻBIETA BABISZKIEWICZ, GRZEGORZ KUSIAK, ELŻBIETA PŁONKA, ILONA SROKA, MELANIA SUSZEK, JANINA TUMIŁOWICZ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24 | | X |
| telefon/ telefony: | 605 473 996 | | |
| identyfikator REGON | 21060552200036 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Osiedle Staszica" | | 1 |

| | | | |
|---|--|---|--|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24 | | |
| telefon/ telefony | 502 282 977 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 33 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZATORZE s.c. B. Jernajczyk, E. Bieńkowska, J. Jernajczyk, T. Lewandowska | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43 | | X |
| telefon/ telefony: | 603 635 562 | | |
| identyfikator REGON | 97075190400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " ZATORZE " spółka cywilna | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43 | | 1 |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 68 387 79 73 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Babimost/66-110/Gagarina 18 | | X |
| telefon/ telefony: | 667 128 149 | | |
| identyfikator REGON | 97077940000028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Babimost/66-110/Gagarina 18 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 351 20 24 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "PRIMUM" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 355 20 05 | | |
| identyfikator REGON | 97074999400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 355 20 05 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA CYWILNA - RYSZARD ILIASZEWICZ, BEATA ILIASZEWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 516 960 | | |
| identyfikator REGON | 21061426000021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PMR MEDICUS S.C | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WITNICA/66-460/PIASKOWA 4 | | 2 |
| telefon/ telefony | 957 516 960 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
|---|---|--|--|
| nazwa: | N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łagów/66-220/Toporowska 11 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 341 20 32 | | |
| identyfikator REGON | 97007286000020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - lek. med. Damian Popa | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łagów/66-220/Toporowska 11 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 341 20 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |
|--|---|--|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Arka-Med" s.c. Anna Dusza, Zbigniew Dusza | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 552 004 | | |
| identyfikator REGON | 97810870500027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED"s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Koźuchów/ 67-120/Obywatelska 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 552 004 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | USŁUGI MEDYCZNE MONIKA LIPNICKA | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Moniuszki 6/3 | | |
| telefon/ telefony: | 501 861 040 | | |
| identyfikator REGON | 211035848 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W DOBIEGNIEWIE | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBIEGNIEW/66-520/MICKIEWICZA 3 | | |
| telefon/ telefony | 957 611 907 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W STARYM KUROWIE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE KUROWO/66-542/KOŚCIELNA 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 615 013 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA "REMEDIUM" S.C. KRZYSZTOF MOCZULSKI,DOROTA MOCZULSKA,KATARZYNA RATAJCZAK | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 289 967 | | |
| identyfikator REGON | 8040974100027 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|---|---|--|--|
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna "REMEDIUM" | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 289 967 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Cicha 7 | | X |
| telefon/ telefony: | 655 408 180 | | |
| identyfikator REGON | 30252289700028 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Cicha 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 655 408 180 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCZYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Chopina 21 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 221 072 | | |
| identyfikator REGON | 97062737000037 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Chopina 21 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 221 072 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 888 102 | | |
| identyfikator REGON | 97060848900026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1 | | 1 |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 683 888 102 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Władysław Barski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kępsko/66-200/Kępsko 33 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 811 828 | | |
| identyfikator REGON | 970066410 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Skąpe Władysław Barski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKĄPE/66-213/SKĄPE 37d | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 419 234 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. EWA TWARDOWSKA,ZOFIA HASIK,IRENA ŁUCZAK,MAREK TWARDOWSKI | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Grobla 14 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 873 777 | | |
| identyfikator REGON | 970753263 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych "Familia" s.c. E. Twardowska, Z. Hasik, I. Łuczak, M. Twardowski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Grobla 14 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 873 777 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA"S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Piaskowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 873 032 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a | | |
| telefon/ telefony: | 683 817 071 | | |
| identyfikator REGON | 381022354 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczępieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Krańcowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 665066256 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczępieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbąszynek/66-210/Długa 1 | | |
| telefon/ telefony | 665066256 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolsko/67-415/Krótką 2 | | |
| telefon/ telefony | 665066256 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Teresa Janina Piasecka | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A | | |
| telefon/ telefony: | 68 35 25 521; 68 35 25 295 | | |
| identyfikator REGON | 970579144 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 352 55 21 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | AURIS SPÓŁKA JAWNA IZABELA LANGE PAWEŁ LANGE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/ 66-200/ Wałowa 14C | | X |
| telefon/ telefony: | 684 763 550 | | |
| identyfikator REGON | 971229417 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA SZCZANIEC | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZANIEC/66-225/SPACEROWA 2A | | 1 |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 68 3410219 68 4763550 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "SKARBOWA" T.KREMER I WSPÓLNICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 320 21 46 | | |
| identyfikator REGON | 97123359000024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Spółka Lekarska " SKARBOWA " T.Kremer i Wspólnicy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 320 21 46 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z | | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycy/69-113/Kostrzyńska 15 | | X |
| telefon/ telefony: | 607 811 826 | | |
| identyfikator REGON | 8006819700029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSZY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górzycy/69-113/Kostrzyńska 15 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 759 12 96 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Krzysztof Radkiewicz | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87 | | X |
| telefon/ telefony: | 601 76 16 15 | | |
| identyfikator REGON | 970149580 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Kożuchów | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kożuchów/67-120/ Szprotawska 21 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 355 20 06 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| nazwa: | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 600 037 850 | | |
| identyfikator REGON | 21020673300044 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | ALMED ANDRZEJ MARCINIAK | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 752 04 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 53 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | NZOZ Rodzinne Centrum Medyczne | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1 | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony: | 603 110 869 | | |
| identyfikator REGON | 97062445900032 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzinne Centrum Medyczne" Lila Korczak-Fedyna | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 40 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 54 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Janusz Ryszard Jankowski | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13 | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| telefon/ telefony: | 533 933 877 | | |
| identyfikator REGON | 21014427400055 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego SANVITA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 755 81 69 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 55 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | Janina Joachimiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Deszczno/66-446/Lubuska 109 | | X |
| telefon/ telefony: | 95 75 13 129 | | |
| identyfikator REGON | 210166962 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego Lek. med. Janina Joachimiak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Deszczno/66-446/Lubuska 109 | | |
| telefon/ telefony | 95 75 13 129 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
| nazwa: | GALMED GAPIŃSKA ZAWADZKA WYSOCKA- PROŃCZUK ANUSEWICZ LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6 | | |
| telefon/ telefony: | 609 508 891 | | |
| identyfikator REGON | 21100428500024 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "Galmed" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Mickiewicza 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 758 20 30 / 95 758 82 44 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Iwona Wojtkowiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 693 334 890 | | |
| identyfikator REGON | 21126997700027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Iwona Wojtkowiak Lekarz Rodzinny | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 693 334 890 / 95 749 80 84 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Piotr Ryszard Adamski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pszczew/66-330/Strażacka 4a | | X |
| telefon/ telefony: | 695 668 755 | | |
| identyfikator REGON | 21008442500023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Piotr Ryszard Adamski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pszczew/66-330/Strażacka 4a | | 1 |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 601 669 209 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Czesława Janiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | X |
| telefon/ telefony: | 785 097 070 | | |
| identyfikator REGON | 97075090000026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Czesława Janiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 452 19 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH ESKULAP A.GRALIŃSKA-KANIA, G.KANIA, W.POPADIUK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sława/67-410/Parkowa 11c | | X |
| telefon/ telefony: | 505 074 483 | | |
| identyfikator REGON | 97075196200039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Lekarzy Rodzinnych Eskulap Sława | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sława/67-410/Parkowa 11c | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 566 426 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|--|---|--|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kopernika 3A | X | |
| telefon/ telefony: | 600 822 553 | | |
| identyfikator REGON | 970749497 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Kopernika 3A | 2 | |
| telefon/ telefony | 68 477 69 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 62 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BĄBLIŃSKI" Przychodnia Lekarza Rodzinnego DARIUSZ BĄBLIŃSKI | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5 | X | |
| telefon/ telefony: | 516 129 330 | | |
| identyfikator REGON | 21104538000014 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BĄBLIŃSKI" - Przychodnia Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5 | | |
| telefon/ telefony | 518558220; 516129330 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | ANMA-MED SC ANETA ZIOPAJA, MAŁGORZATA PAWELSKA-WENDA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzyż Wielkopolski/64-761/Adama Mickiewicza 62 | X | |
| telefon/ telefony: | 668 279 541 | | |
| identyfikator REGON | 302105780 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ANMA-MED. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Sienkiewicza 3a | | |
| telefon/ telefony | 533 873 525 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|--|--|
| nazwa: | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | X | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5 | | |
| telefon/ telefony: | 957 172 733 | | |
| identyfikator REGON | 210965433 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | 1 | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna5 | | |
| telefon/ telefony | 957 172 733 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 65 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|--|--|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszczyk | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7 | | |
| telefon/ telefony: | 605 930 000 | | |
| identyfikator REGON | 970675416 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszczyk | 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzciel/66-320/Grunwaldzka7 | | |
| telefon/ telefony | 605 930 000 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |

| | | | |
|---|--|---|--|
| nazwa: | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślibórz/74-300/Kościelna15 | X | |
| telefon/ telefony: | 957 470 250 | | |
| identyfikator REGON | 812346879 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Ściechowie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ściechów/66-433/Ściechów 30 | | 1 |
| telefon/ telefony | 885 885 327 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 67 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Tadeusz WŁODARCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5 | X | |
| telefon/ telefony: | 68 360 40 27 | | |
| identyfikator REGON | 971181449 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 360 40 27 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Mirostowice Dolne | | 1 |

| | | | |
|---|---|---|--|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mirostowice Dolne/68-200/Plac Kościelny 19 | | |
| telefon/ telefony | 683 743 082 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Kunice | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary-Kunice/68-200/Sikorskiego22 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 638 981 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA" | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeziny k. Sulechowa/66-100/Czapskiego 2 | | X |

| | | | |
|---|--|---|--|
| telefon/ telefony: | 683 853 557 | | |
| identyfikator REGON | 80219897 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Niepodległości 15 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 854 040 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 69 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | "Stom-Med" s.c. Roman Walczak, Jolanta Szulc-Walczak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Chopina 18 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 835 501 | | |
| identyfikator REGON | 211193754 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|---|--|--|
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Walczaka 12c | | |
| telefon/ telefony | 957 835 501 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70 | | szczepienie e personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Ewa Rutkowska | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-056/Jana Matejki 10 | | |
| telefon/ telefony: | 683 523 338 | | |
| identyfikator REGON | 015616436 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DERMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bojadła/66-130/Słoneczna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 523 338 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Jadwiga Lebioda | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 9 | | X |
| telefon/ telefony: | 662 086 705 | | |
| identyfikator REGON | 210327320 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|--|--|--|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA LEBIODA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłodawa/66-415/Kościelna 9 | | |
| telefon/ telefony | 95 731 10 71 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Małgorzata Stefania Jodlińska-Puziuk | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 781 985 682 | | |
| identyfikator REGON | 210962104 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA „CERTUS” MAŁGORZATA JODLIŃSKA-PUZIUK | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A | | |
| telefon/ telefony | 95 757 60 36 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Mieczysław Skrendo | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony: | 68 322 10 70 | | |
| identyfikator REGON | 970269113 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MIECZYŚLAW SKRENDÓ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-032/Chopina 21 | | |
| telefon/ telefony | 68 322 10 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ELŻBIETA GLINIAK | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁÓWA/68-120/SURZYNA 5 | | |
| telefon/ telefony: | 606 752 335 | | |
| identyfikator REGON | 970066982 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | ZDROWIE ELŻBIETA GLINIAK | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁŁOWA/68-120/SURZYNA 5 | | |
| telefon/ telefony | 68 377 42 58 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. KRYSZYNA I PIOTR WOJKOWSCY | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Witnica/66-460/Piaskowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 608 476 263 | | |
| identyfikator REGON | 364855805 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | ESKULAP S.C. Krystyna i Piotr Wojkowscy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Witnica/66-460/Piaskowa 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 751 40 86 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | X |
| telefon/ telefony: | 512 072 597 | | |
| identyfikator REGON | 970488068 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | 1 |
| telefon/ telefony | 512 072 597 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | X |
| telefon/ telefony: | 509 922 344 | | |
| identyfikator REGON | 970606705 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ | Małomice/67-320/Jana Pawła II 34 | | 1 |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | 509 922 344 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 503 3672 62 | | |
| identyfikator REGON | 630305230 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Kolejowa 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 376 55 53 | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Katarzyna Błażejewska-Kunefal | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 | | X |
| telefon/ telefony: | 503 850 806 | | |
| identyfikator REGON | 80263987 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE KISIELIN | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 320 15 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Maria Ewa Zapotoczna | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 451 90 12 | | |
| identyfikator REGON | 970679087 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARIMED" | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 451 90 12 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Wioletta Ewa Falandysz-Kuprewicz | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łłowa/68-120/Kolejowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 68 377 40 99 | | |
| identyfikator REGON | 971237351 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarska " SALUS " Wioletta Falandysz-Kuprewicz | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łłowa/68-120/Kolejowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 68 377 40 99 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Grażyna Czekalska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6 | | X |
| telefon/ telefony: | 601 987 880 | | |
| identyfikator REGON | 210441167 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 755 55 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|---|--|
| nazwa: | Tadeusz Kiwka | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/66-003/Polna 5 | X | |
| telefon/ telefony: | 608 255 288 | | |
| identyfikator REGON | 970694603 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Zabór | 1 | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabór/66-003/Polna 5 | | |
| telefon/ telefony | 68 327 40 86 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| nazwa: | Filia Praktyki Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Drzonków | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-004/Drzonków-Cisowa 1A | | 2 |
| telefon/ telefony | 68 321 41 73 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | JABŁOŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiszyn/66-433/Myśluborska 16 | | X |
| telefon/ telefony: | 793 696 380 | | |
| identyfikator REGON | 81034378 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia "Jabłońscy" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubiszyn/66-433/Myśluborska 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 95 731 18 29 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DROVITA" JAROSŁAW I IWONA DROZD SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3 | | X |
| telefon/ telefony: | 608 417 544 | | |
| identyfikator REGON | 971224727 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DROVITA" Jarosław i Iwona Drozd | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 372 30 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA IWONA KŁODOWSKA-BIEL | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 388 32 12 | | |
| identyfikator REGON | 932049051 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska-Biel | | 1 |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20 | | |
| telefon/ telefony | 68 388 32 12 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Hieronim Górzny | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18 | | X |
| telefon/ telefony: | 604 277 395 | | |
| identyfikator REGON | 970613444 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. Hieronim Górzny | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubrza/66-218/Świebodzińska 18 | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 68 381 30 11 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRAKTYKA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Kościelna 4A | | X |
| telefon/ telefony: | 607 404 601 | | |
| identyfikator REGON | 386274132 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - MARIA SZALEWSKA-KOT | | |
| adres: miejscowość/kod pocztowy/ulica i nr domu | Kargowa/66-120/Kościelna 4A | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 352 56 66 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA DWORCOWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Dworcowa 13 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 392 950 | | |
| identyfikator REGON | 10656709 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | FILIA SPZOZ "PRZYCHODNIA DWORCOWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGDANIEC/66-450/LEŚNA 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 392 950 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA ZESPOŁU LEKARZA RODZINNEGO "ZDROVITA" MICHNIEWICZ - MAĆKOWIAK, RÓLKA, WIŚNIEWSKA - PRAŁAT, ŚNIEG - SPÓLKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A | | X |
| telefon/ telefony: | 683 836 074 | | |
| identyfikator REGON | 971221901 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ-MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASZEWO/66-614/MASZEWO 111 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 831 324 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
|---|---|--|--|
| nazwa: | "POSTĘP" SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 684 756 030 | | |
| identyfikator REGON | 970626837 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Strzelecka 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 502 044 919 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|---|--|--|
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Osiedle Łużyckie 39 | | |
| telefon/ telefony | 502 044 919 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świebodzin/66-200/Matejki 1 | | |
| telefon/ telefony | 502 044 919 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 30 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 911 325 | | |
| identyfikator REGON | 210981001 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cybinka/69-108/Słubicka 30 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 911 325 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Okrzei 9 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 36 34 447 | | |
| identyfikator REGON | 971290629 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/68-200/Okrzei 9 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 36 34 447 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
|---|--|---|--|
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Grunwaldzka16 | | X |
| telefon/ telefony: | 693 855 094 | | |
| identyfikator REGON | 080172492 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Grunwaldzka16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 510 000 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|--|---|--|
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Wrocławska 16a | | |
| telefon/ telefony | 684 556 844 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brody/68-343/Polna 1 | | |
| telefon/ telefony | 683 712 658 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|--|---|--|
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Wojska Polskiego 24 | | |
| telefon/ telefony | 684 200 414 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | szczepleni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bytnica/66-630/Bytnica 125 | | |
| telefon/ telefony | 683 200 099 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bobrowice/66-627/Bobrowice 23 | | |
| telefon/ telefony | 684 200 414 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" S.C. B.GAWRON,P.KOBYLNIK,W.KOCHAŃSKI,E.PIETRZAK | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13 | | |
| telefon/ telefony: | 95 75 55 344 | | |
| identyfikator REGON | 210998616 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Dudka 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957555344 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 | | szczepleni e personelu | szczepleni e populacyjn e |
| nazwa: | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 321 26 66 | | |
| identyfikator REGON | 081026634 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|--|--|--|
| nazwa: | DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 321 26 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20 | | X |
| telefon/ telefony: | 683711427 | | |
| identyfikator REGON | 970468143 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
|--|--|--|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/XX-Lecia 20 | | |
| telefon/ telefony | 683 711 427 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1 | | |
| telefon/ telefony: | 68 35 92 528 | | |
| identyfikator REGON | 971241832 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1 | | 2 |
| telefon/ telefony | 68 35 92 528 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 45 30 100 | | |
| identyfikator REGON | 970684272 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|--|--|
| nazwa: | Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-018/Jedności 59 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 45 30 100 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b | | X |
| telefon/ telefony: | 68 377 71 373 | | |
| identyfikator REGON | 971237078 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b | | |
| telefon/ telefony | 68 377 71 373 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 684 751 540 | | |
| identyfikator REGON | 080037021 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 695 345 191 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | X |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony: | 730 580 190 | | |
| identyfikator REGON | 363385770 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bledzew/66-350/Kościuszki 16 | | |
| telefon/ telefony | 574 489 023 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58 | | |
| telefon/ telefony | 573 453 808 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "MEDICUS" ABRAMCZYK, BAKSALARY-PATELKA, BIAŁOWĄS SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5 | X | |
| telefon/ telefony: | 683 874 870 | | |
| identyfikator REGON | 970738312 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "Medicus" Spółka Partnerska | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 874 870 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 104 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|---|--|--|
| nazwa: | Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/66-208/Graniczna 7 | | X |
| telefon/ telefony: | 600 278 423 | | |
| identyfikator REGON | 080504178 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łęknica/66-208/Graniczna 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 752 051 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15 | X | |
| telefon/ telefony: | 68 385 21 99; 68 385 23 17 | | |
| identyfikator REGON | 970747127 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15 | 2 | |
| telefon/ telefony | 68 385 21 99; 68 385 23 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 106 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 258 | | X |
| telefon/ telefony: | 684 558 070 | | |
| identyfikator REGON | 970328821 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Kresowa 258 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 558 072 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 107 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Puszkina 22 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 572 217 | | |
| identyfikator REGON | 210213041 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NASZE ZDROWIE " | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słońsk/66-436/Puszkina 22 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 572 217 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 108 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | X | |
| telefon/ telefony: | 68 32 78 209 | | |
| identyfikator REGON | 080559044 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2 | 1 | |
| telefon/ telefony | 683 278 209 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 109 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | Leszek Białek | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5 | | X |
| telefon/ telefony: | 601 998 300 | | |
| identyfikator REGON | 970640843 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Bohaterów 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 571 680 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK | | 1 |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasień/68-320/Okrzei 5 | | |
| telefon/ telefony | 683 710 356 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 877 551 | | |
| identyfikator REGON | 970744436 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ | Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58 | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | 683 877 551 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/8 Maja 9 | | |
| telefon/ telefony | 662 015 900 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | X |

| | | | |
|---|---|---|--|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3 | | |
| telefon/ telefony: | 684 197 580 | | |
| identyfikator REGON | 366423412 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 197 900 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepieni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gubin/66-620/Śląska 35 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 197 900 | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDICUS A. KAROŃ-SOBICZEWSKA I A. SOBICZEWSKI SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A | | X |
| telefon/ telefony: | 957 525 253 | | |
| identyfikator REGON | 081038169 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Medicus | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 525 253 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Marzanna Grażyna Bidzińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 278 025 | | |
| identyfikator REGON | 970413308 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 278 025 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|--|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśniów Wielki/66-016/Leśniów Wielki 36 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 211 834 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA "MEDICUS" PIERKOŚ I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcze 45 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 671 477 | | |
| identyfikator REGON | 977942004 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Osiedle Na Górcze 45 | | |
| telefon/ telefony | 683 671 477 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Filia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gozdnica/68-130/Ceramików 30 | | |
| telefon/ telefony | 683 601 081 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętał, Artur Ziętał | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślibórz/74-300/Kościelna15 | X | |
| telefon/ telefony: | 957 470 250 | | |
| identyfikator REGON | 812346879 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Stawie | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Staw/66-433/Staw 55 | | 1 |
| telefon/ telefony | 885 885 327 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 116 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|--|--|
| nazwa: | "ALDEMED" CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-048/A1.Niepodległości 1 | X | |
| telefon/ telefony: | 683 530 536 | | |
| identyfikator REGON | 363377516 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka Filia Zastal | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-114/Towarowa 20 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 530 600 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMNIBUS" SPÓŁKA CYWILNA JANUSZ KOŁODZIEJCZYK, IWONA KOŁODZIEJCZYK | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Chrobrego 3 | X | |
| telefon/ telefony: | 601 186 637 | | |
| identyfikator REGON | 977936446 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMNIBUS" s.c. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Chrobrego 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 601 186 637 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 118 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7 | X | |
| telefon/ telefony: | 95 76 21 257 | | |
| identyfikator REGON | 211010423 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c. | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 957 621 257 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |

| | | | |
|--|--|--|--|
| nazwa: | Ossowski Mikołaj NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8 | X | |
| telefon/ telefony: | 684 571 777 | | |
| identyfikator REGON | 977919502 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsko/68-300/Hubalczyków 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 684 571 777 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" spółka cywilna Grażyna Maciejek, Krzysztof Wolańczyk | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5 | X | |
| telefon/ telefony: | 957 573 072 | | |
| identyfikator REGON | 211179381 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5 | | |
| telefon/ telefony | 95 757 30 72 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 121 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|---|--|--|
| nazwa: | ELŻBIETA ŁAZARÓW-JANIAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELVITA" PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO,PRAKTYKA SPECJALISTYCZNA Z ZAKRESU MEDYCYNY RODZINNEJ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9 | X | |
| telefon/ telefony: | 683 781 191 | | |
| identyfikator REGON | 970348143 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Elżbieta Łazarów-Janiak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELVITA" Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeclaw/67-312/Przeclaw 9 | | |
| telefon/ telefony | 683 781 191 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOVA - MED" SPÓŁKA CYWILNA ANNA HAWELKA, GRZEGORZ HAWELKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15 | X | |
| telefon/ telefony: | 68 36 23 264 | | |
| identyfikator REGON | 971222540 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NOVA- MED" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 623 264 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 123 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | NZOZ "MEDICUS" s.c. Ewa Grzegorzewicz, Roman Karasiewicz, Żaneta Helman | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a | X | |
| telefon/ telefony: | 68 375 24 29 | | |
| identyfikator REGON | 971222556 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczępieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a | | |
| telefon/ telefony | 683 752 429 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczępieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c | | 1 |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiel/68-212/Tuplicka 2b | | |
| telefon/ telefony | 682 755 062 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "VITA" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA TOMIAK I WSPÓLNICY | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/Dworcowa 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 550 291 | | |
| identyfikator REGON | 970613177 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | "VITA" Zespół Lekarza Rodzinnego s.c. | | 1 |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otyń/67-106/Dworcowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 683 550 291 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DANUTA MIKOŁAJCZYK - JASIŃSKA PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19 | | X |
| telefon/ telefony: | 957 629 359 | | |
| identyfikator REGON | 368884933 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " Przychodnia Lekarza Rodzinnego " | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ | Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19 | | 1 |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| ulica i nr domu | | | |
| telefon/ telefony | 95 7629359; 796062373 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 321 528 | | |
| identyfikator REGON | 081195331 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5 | | 2 |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony | 660 512 770 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 200 109 | | |
| identyfikator REGON | 361663985 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 200 109 | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | "J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH J. Jarosz, Z. Owczarek, K. Czekalska, G. Krawiec | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16 | | X |
| telefon/ telefony: | 95 7206810; 95 7250251 | | |
| identyfikator REGON | 210465653 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 957 206 810 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27 | | X |
| telefon/ telefony: | 683255330; 683270264 | | |
| identyfikator REGON | 971232098 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska " ZAMENHOFA " spółka cywilna | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27 | | 1 |
| telefon/ telefony | 571 237 212 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130 | | szczeni e personelu | szczenie populacyjn e |
|--|---|--|--|
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 202 482 | | |
| identyfikator REGON | 971182733 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-122/Bukowa 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 202 482 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 683 204 235 | | |
| identyfikator REGON | 971225359 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ FAMILIA s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 683 204 235 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a | | X |
| telefon/ telefony: | 780 177 088 | | |
| identyfikator REGON | 977910470 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a | | 1 |
| telefon/ telefony | 780 177 088 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4 | | X |
| telefon/ telefony: | 655 407 140 | | |
| identyfikator REGON | 971211529 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 65 540 71 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
|--|--|--|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 351 41 32 | | |
| identyfikator REGON | 971311550 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 351 41 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
|---|--|---|--|
| nazwa: | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a | | X |
| telefon/ telefony: | 788 354 808, 538 528 497 | | |
| identyfikator REGON | 977901011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a | | 1 |
| telefon/ telefony | 538 528 497 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 | | szczepleni e personelu | szczeplenie populacyjn e |
|--|--|---|--|
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony: | 504 013 428 | | |
| identyfikator REGON | 970072741 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepleni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52 | | |
| telefon/ telefony | 504 013 428 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137 | | szczeni e personelu | szczeni e populacyjn e |
|--|--|--|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA - BODNAR" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 606 1326 49 68 477 69 90 | | |
| identyfikator REGON | 971231160 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczeni e personelu * | liczba zespolów (w miejscu) |
| nazwa: | Praktyka Lekarza Rodzinnego "Kowalska - Bodnar" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 68 477 69 94 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | X |
| telefon/ telefony: | 68 453 56 92 | | |
| identyfikator REGON | 971232365 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C. | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99 | | 1 |
| telefon/ telefony | 531 944 757 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa: | Izabela Ostrowska | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 502 137 737 | | |
| identyfikator REGON | 211045396 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NZOZ BASIS Przychodnia Lekarza Rodzinnego Izabela Ostrowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14 | | |
| telefon/ telefony | 95 735 89 93 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|--|--|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18 | X | |
| telefon/ telefony: | 509 111 651, 95 742 04 38 | | |
| identyfikator REGON | 210144529 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Chopina 18 | 1 | |
| telefon/ telefony | 95 742 04 38 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 141 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, ARLETA MORYSON | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 530 250 052, 68 387 46 74 | | |
| identyfikator REGON | 970751347 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIEWSKA, JANUSZ DUBANIEWSKI, ARLETA MORYSON | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1 | | |
| telefon/ telefony | 68 387 46 74 | | |
| Data dodania do wykazu | 07.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 142 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|---|---|--|
| nazwa: | EUVERSITY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Daszyńskiego 1 | X | |
| telefon/ telefony: | 503982529 957183084 | | |
| identyfikator REGON | 301772379 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne Brandmed | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Słubice/69-100/Daszyńskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 503982529 957183084 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | GORZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE MEDI-RAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17 | | X |
| telefon/ telefony: | 957151164 | | |
| identyfikator REGON | 300904710 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gorzowskie Centrum Medyczne Medi-Raj Sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17 | | |
| telefon/ telefony | 501937004 957151164 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 144 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|--|---|---|--|
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-676/Postępu 21C | | X |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Centrum Medyczne LUX MED. | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B | | |
| telefon/ telefony | 22 3322888 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 145 | | szczepieni e personelu | szczepienie populacyjn e |

| | | | |
|---|---|---|--|
| nazwa: | Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski | | |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-409/Stanisława Moniuszki 8d/40 | X | |
| telefon/ telefony: | 888844401 | | |
| identyfikator REGON | 362768249 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepieni e personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski | | 1 |
| adres: miejsowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23 | | |
| telefon/ telefony | 888844401 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))

