

**OBWIESZCZENIE
WOJEWODY LUBUSKIEGO**

z dnia 19 listopada 2020 r.

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

Na podstawie art 7 ust 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j.Dz. U. 2020 poz. 1842) ogłaszam w załączniku do obwieszczenia wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, który zastępuje wykaz podmiotów wskazanych w obwieszczeniu z 17 listopada 2020r.

Wojewoda Lubuski

Władysław Dajczak

Załącznik do obwieszczenia
Wojewody Lubuskiego
z dnia 19 listopada 2020 r.

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (aktualizacja z dnia 18.11.2020r.)

wykaz cz.1

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 683296200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970773231 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | 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: | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych | | X | | | | | | S | 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | | | | | | X | |
| telefon/ telefony | 68 32 96 340 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Akademik "Weześniak" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26 | | X | | | | | | II |
| telefon/ telefony | 531 797 165 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|----|
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Hotel "Gorzów" | | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | Sx3 | 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 | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
| nazwa: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią | | II |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 684 707 810 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970327974 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Hotel Villa Nowa | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żagań/68-100/Nowogródzka 74 | | | X | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 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: | 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | | X | | | | | X (z wyłączeniem filii Żagań) | Sx2 (Żary i Żagań) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 (wraz z filią Żagań) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 470 79 07 | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 34 16 300 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080467187 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczecin/71-040/gen. Józefa Hallera 11 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 631 484 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 321482051 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43 | 3 | | | | | | | M (10 zespołów wymazowych) |

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

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

* od 6.11.2020r.

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 971297560 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie / 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 Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 540 16 55, 509 787 701 | | | | | | | | |
| | | | | | X | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | katalog realizowanych świadczeń | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|---|
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | |
| telefon/ telefony: | 95 742 83 00 | | | |
| identyfikator REGON | 210368418 | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|-----------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 742 82 81 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 95 09 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULECÍN | | X | | | | | | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sulęcín/69-200/Wincentego Witosa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 755 22 60 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 388 21 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970774733 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod 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 | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7 | | | | | | | | | |
| 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: miejscowość/ 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 762 05 10 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080396330 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | "Powiatowe Centrum Zdrowia" | | X | | | | | | S | II |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 762 05 10 | | | | | | | | | |

* 52 łóżka w dniach 17-18.10.2020r.

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 475 76 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 977947094 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 533 318 219 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻARY/68-200/Pszenna 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 475 76 00 | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o. | | 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 domu | | | | | | | | | |
| 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 domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 400 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320233950 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 domu | | | | | | | X | S | |
| telefon/ telefony | 41 240 14 10 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|--|------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa: | Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wschowa/67-400/ks. Kostki 33 domu | | | | | | | | | |
| 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. | | X | | | | | | | I/II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 717 00 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 211184206 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o. | | X | | | | | | | I/II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5 domu | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 717 00 39 | | | | | | | | | |

*II poziom obowiązuje od 28.10.2020r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 401 800 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 080188702 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | 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 | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 41 240 18 10 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | 1 | X | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 401 800 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19* | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--------|
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | I / II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320425542 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X | | | | | X | S | I/II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 412 402 100 | | | | | | | | | |

* zgodnie z decyzją MZ od 12.11.2020r. dodano II 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 412 402 311 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320592406 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / 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 | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | | | | | | X | S | |
| 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 | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szprotawa/67-300/Henrykowska 1 | | X | | | | | | | I |
| telefon/ telefony | 412 402 311 | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony | 68 475 06 30 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | 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 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 68 452 77 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970748470 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I | | | | | | | | | I |

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

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń |
| nazwa: | AI-Dentica Opieka Dentystyczna | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | |
| telefon/ telefony: | 95 758 61 08 | |
| identyfikator REGON | 210263300 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | Al-Dentica Opieka Dentystyczna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-100/ Słubice/ ul. Mickiewicza 9/1 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 95 758 61 08 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | VITADENT CLINIC | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 510 288 857 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 210089629 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | VITADENT CLINIC | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 69-220/Ośno Lubuskie/ ul. Bolesława Chrobrego/9A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 510 288 857 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ 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: | Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o. | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 67-100 / Nowa Sól / ul. Chałubińskiego 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 68 388 21 91 | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ 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 | izolatorium | teleporada | 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/uł. 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 | izolatorium | teleporada | 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/Uł. Zyty 26 (teren szpitala) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 508 152 940 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa: | DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/uI. 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: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielona Góra/65/001/uI. Wroclawska (na pętli autobusowej) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693533460 | | | | | | | | |

** liczba zespołów w danym miejscu

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

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

wykaz cz.3

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|--|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |

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

Wykaz - 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 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 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 |

| | |
|--|----------|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
|--|----------|