# Wykaz podmiotów i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw grypie

| | |
|---|---|
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (1)** |
| nazwa: | "CENTERMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-314 / UL. ALEJA TYSIĄCLECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 17A |
| telefon/ telefony: | 413448750 |
| identyfikator REGON | 851659993 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ KIELCE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-314 / UL. ALEJA TYSIĄCLECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 17A |
| telefon/ telefony: | 413448750 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (2)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA KATARZYNA CZERWIK HALINA DUNAL SC |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘDZISZÓW / 28-340 / UL. DWORCOWA 23 |
| telefon/ telefony: | 412782606 |
| identyfikator REGON | 26022791400029 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘDZISZÓW / 28-340 / UL. DWORCOWA 23 |
| telefon/ telefony: | 412782606 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3)** |
| nazwa: | MEDYK B.NICIEJA E.NICIEJA SP.J. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. AL. JANA PAWŁA II 7A |
| telefon/ telefony: | 412620200 |
| identyfikator REGON | 29121497100022 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. AL. JANA PAWŁA II 7A |
| telefon/ telefony: | 412620200 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (4)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W IMIELNIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IMIELNO/ 28-313/ UL. CMENTARNA 5 |
| telefon/ telefony: | 413851222 |
| identyfikator REGON | 290035143 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W IMIELNIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IMIELNO/ 28-313/ UL. CMENTARNA 5 |
| telefon/ telefony: | 413851222 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (5)** |
| nazwa: | TRANSMED KIELCE SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-528/ UL. ZAGNAŃSKA 27 |
| telefon/ telefony: | 413451858 |
| identyfikator REGON | 368507691 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | TRANSMED KIELCE SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-528/ UL. ZAGNAŃSKA 27 |
| telefon/ telefony: | 413451858 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (6)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PACJENT" S.C. AGNIESZKA BIEL-ŻAK, TOMASZ ŻAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ĆMIELÓW/ 27-440/ UL. OSTROWIECKA 38 |
| telefon/ telefony: | 158612023 |
| identyfikator REGON | 29246357000020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ĆMIELÓW/ 27-440/ UL. OSTROWIECKA 38 |
| telefon/ telefony: | 158612023 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (7)** |
| nazwa: | PZU ZDROWIE S.A. O/CM W KIELCACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-017/ UL. IGNACEGO PADEREWSKIEGO 4B |
| telefon/ telefony: | 413671700 |

| | |
|---|---|
| identyfikator REGON | 14334316600113 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-017/ UL. IGNACEGO PADEREWSKIEGO 4B |
| telefon/ telefony: | 413671700 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (8)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA RASZÓWKA GRAŻYNA WOŹNIAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNIÓW/ 26-080/ UL. KIELECKA 77 |
| telefon/ telefony: | 413737073 |
| identyfikator REGON | 290750236 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA RASZÓWKA GRAŻYNA WOŹNIAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNIÓW/ 26-080/ UL. KIELECKA 77 |
| telefon/ telefony: | 413737073 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (9)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED.-STAR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARACHOWICE/ 27-200/ UL. RADOMSKA 35 |
| telefon/ telefony: | 412756433 |
| identyfikator REGON | 26007678600029 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARACHOWICE/ 27-200/ UL. RADOMSKA 35 |
| telefon/ telefony: | 412756433 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (10)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA W STASZOWIE SP ZOO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZÓW/ 28-200/ UL. KONSTYTUCJI 3 MAJA 10C |
| telefon/ telefony: | 158645651 |
| identyfikator REGON | 260679450 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZÓW/ 28-200/ UL. KONSTYTUCJI 3 MAJA 10C |
| telefon/ telefony: | 158645651 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (11)** |
| nazwa: | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOBKOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBKÓW/ 28-305/ UL. ŹRÓDŁOWA 3 |
| telefon/ telefony: | 413871006 |
| identyfikator REGON | 29048395300046 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W SOBKOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBKÓW/ 28-305/ UL. ŹRÓDŁOWA 3 |
| telefon/ telefony: | 413871006 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W MIĄSOWEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSOWA/ 28-305/ UL. 13 |
| telefon/ telefony: | 413873026 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (12)** |
| nazwa: | NZOZ ZDROWIE W MOSKORZEWIE JACEK SWIERZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSKORZEW/ 29-130/ UL. 42 |
| telefon/ telefony: | 343542020 |
| identyfikator REGON | 15207793800026 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOSKORZEW/ 29-130/ 42 |
| telefon/ telefony: | 343542020 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADKÓW/ 29-135/ 99 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 343546017 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHLEWICE/ 29-130/ UL. 16 STYCZNIA 33B |
| telefon/ telefony: | 343546133 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (13)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE / 25-415/ UL. GÓRNA 19A |
| telefon/ telefony: | 413444320 |
| identyfikator REGON | 29057687300037 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE / 25-415/ UL. GÓRNA 19A |
| telefon/ telefony: | 413444320 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUKÓW/ 26-021/ 279A |
| telefon/ telefony: | 413073000 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (14)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BODZENTYNIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BODZENTYN/ 26-010/ UL. OGRODOWA 1 |
| telefon/ telefony: | 413115215 |
| identyfikator REGON | 29075058400029 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - BODZENTYN |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BODZENTYN/ 26-010/ UL. OGRODOWA 1 |
| telefon/ telefony: | 413115215 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - STARA WIEŚ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA WIEŚ/ 26-010/ 28 |
| telefon/ telefony: | 413120206 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - ŚWIĘTA KATARZYNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIĘTA KATARZYNA/ 26-010/ UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 5 |
| telefon/ telefony: | 413112118 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (15)** |
| nazwa: | NAWROT & NAWROT SMOŁA SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAZIMIERZA WIELKA/28-500/UL. 1-GO MAJA 11 |
| telefon/ telefony: | 889124866 |
| identyfikator REGON | 29290026600000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA RODZINNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAZIMIERZA WIELKA/28-500/UL. 1-GO MAJA 11 |
| telefon/ telefony: | 413522686 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (16)** |
| nazwa: | APTEKA NOVA HELENA FRAŃCZAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORZYCE/39-432/UL. POR. SARNY 2 |
| telefon/ telefony: | 517237774 |
| identyfikator REGON | 362950988 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/27-600/UL. PORTOWA 30 |
| telefon/ telefony: | 517237774 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |

| | |
|---|---|
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SAMBORZEC/27-650/SAMBORZEC 50A |
| telefon/ telefony: | 797757795 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (17)** |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/02-672/UL. DOMANIEWSKA 48 |
| telefon/ telefony: | 797709033 |
| identyfikator REGON | 1631704900000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/25-406/UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 20 |
| telefon/ telefony: | 412486331 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | APTEKA SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/25-317/UL. WARSZAWSKA 26 |
| telefon/ telefony: | 412486275 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (18)** |
| nazwa: | APTEKA NOVA KINGA RADOŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBIERNIKI/27-600/KOBIERNIKI 115 |
| telefon/ telefony: | 536256604 |
| identyfikator REGON | 260010899 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/27-600/UL. MICKIEWICZA 11 |
| telefon/ telefony: | 798275324 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/27-600/UL. MICKIEWICZA 32 |
| telefon/ telefony: | 158320788 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/27-400/OSIEDLE STAWKI 44 |
| telefon/ telefony: | 412731326 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 4** |
| nazwa: | APTEKA NOVA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/27-400/KRUCZA 2 |
| telefon/ telefony: | 412476830 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-06 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (19)** |
| nazwa: | APTEKA SŁONECZNA SPÓŁKA CYWILNA JUSTYNA MRÓWKA ILONA ŻAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW/27-530/UL. WYSOKA 35 |
| telefon/ telefony: | 500143366 |
| identyfikator REGON | 26033000300020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA SŁONECZNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPATÓW/27-500/UL. KOPERNIKA 3C |
| telefon/ telefony: | 156874992 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | APTEKA SŁONECZNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW/27-530/UL. WYSOKA 35 |
| telefon/ telefony: | 156874767 |
| Data dodania do wykazu | 2022-09-01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (20)** |
| nazwa: | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WAŚNIOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŚNIÓW/ 27-425/ UL. RYNEK 2A |
| telefon/ telefony: | 412646012 |

| | |
|---|---|
| identyfikator REGON | 29075216900039 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WAŚNIÓW/ 27-425/ UL. RYNEK 2A |
| telefon/ telefony: | 412646012 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (21)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE – SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA/ 29-100/ UL. ŻEROMSKIEGO 28 |
| telefon/ telefony: | 41 38 83 711 lub 41 38 83 712 |
| identyfikator REGON | 000304295 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA/ 29-100/ UL. ŻEROMSKIEGO 28 |
| telefon/ telefony: | 41 38 83 711 lub 41 38 83 712 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (22)** |
| nazwa: | RODZINA P. STRĄCZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-437/ UL. OS. NA STOKU 63A |
| telefon/ telefony: | 413327173 |
| identyfikator REGON | 26070020400027 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA MEDICA PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-437/ UL. OS. NA STOKU 63A |
| telefon/ telefony: | 413327173 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (23)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ W SULISŁAWICACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULISŁAWICE/ 27-670/ UL. BRAK ULICY 114 |
| telefon/ telefony: | 158669375 |
| identyfikator REGON | 26034452500021 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD MEDYCYNY RODZINNEJ W SULISŁAWICACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULISŁAWICE/ 27-670/ UL. BRAK ULICY 114 |
| telefon/ telefony: | 158669375 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (24)** |
| nazwa: | "NOVOMED" K. HUSZALUK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. KOPERNIKA 14 |
| telefon/ telefony: | 41 266 22 00 |
| identyfikator REGON | 26017157900023 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. KOPERNIKA 14 |
| telefon/ telefony: | 41 266 22 00 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (25)** |
| nazwa: | MEDICA - LEKARZE JOLANTA SĘKOWSKA, DOROTA CZERCZAK-SOBCZYK SPÓŁKA PARTNERSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STĄPORKÓW/ 26-220/ UL. 1 MAJA 2A |
| telefon/ telefony: | 413740100 |
| identyfikator REGON | 29246894600020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | MEDICA - LEKARZE JOLANTA SĘKOWSKA, DOROTA CZERCZAK-SOBCZYK SPÓŁKA PARTNERSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STĄPORKÓW/ 26-220/ UL. 1 MAJA 2A |
| telefon/ telefony: | 413740100 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (26)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „GABINET MEDYCYNY RODZINNEJ" GOŹLICE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLIMONTÓW/ 27-640/ UL. ZYSMANA 13 |
| telefon/ telefony: | 158661285; 534508576 |
| identyfikator REGON | 83040090300030 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLIMONTÓW/ 27-640/ UL. ZYSMANA 13 |
| telefon/ telefony: | 158661285; 534508576 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |

| | |
|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (27)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PACANÓW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PACANÓW/ 28-133/ UL. GAŁĄZKI 11 |
| telefon/ telefony: | 413765429 |
| identyfikator REGON | 26002220100025 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PACANÓW/ 28-133/ UL. GAŁĄZKI 11 |
| telefon/ telefony: | 413765429 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (28)** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIŃCZÓW/ 28-400/ UL. KLASZTORNA 6 |
| telefon/ telefony: | 511072896 |
| identyfikator REGON | 29040387100020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIŃCZÓW/ 28-400/ UL. KLASZTORNA 6 |
| telefon/ telefony: | 511072896 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIŃCZÓW/ 28-400/ UL. 7 ŹRÓDEŁ 8 |
| telefon/ telefony: | 413573472 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA GACKI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GACKI / 28-400/ UL. GACKI - OSIEDLE 2A |
| telefon/ telefony: | 603031415 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 4** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA KOZUBÓW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZUBÓW/ 28-400/ KOZUBÓW 55A |
| telefon/ telefony: | 413570236 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 5** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA SZARBKÓW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZARBKÓW/ 28-400/ SZARBKÓW 60 |
| telefon/ telefony: | 413575102 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (29)** |
| nazwa: | WIELMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAGÓW/ 26-025/ UL. SŁUPSKA 3 |
| telefon/ telefony: | 413074026 |
| identyfikator REGON | 26037740100022 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA W ŁAGOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAGÓW/ 26-025/ UL. SŁUPSKA 3 |
| telefon/ telefony: | 413074026 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (30)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GOMED-OSTROWIEC SPÓŁKA Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. POLNA 9F |
| telefon/ telefony: | 412631188 |
| identyfikator REGON | 292831128 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BAŁTÓW/ 27-423/ 32 |
| telefon/ telefony: | 412641390 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. RYNEK DENKOWSKI 10A |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 412470300 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. POLNA 9F |
| telefon/ telefony: | 412631188 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (31)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZÓW/ 28-200/ UL. 11-LISTOPADA 78 |
| telefon/ telefony: | 158648596 |
| identyfikator REGON | `00030239100031 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | MEDYCYNA PRACY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STASZÓW/ 28-200/ UL. 11-LISTOPADA 78 |
| telefon/ telefony: | 158648596 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (32)** |
| nazwa: | ELŻBIETA BESKA-MRÓZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGNAŃSK/ 26-050/ SAMSONÓW 24 |
| telefon/ telefony: | 413003697 |
| identyfikator REGON | 00000290396504 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | ELŻBIETA BESKA-MRÓZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZA PRZYCHODNIA" PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAGNAŃSK/ 26-050/ SAMSONÓW 24 |
| telefon/ telefony: | 413003697 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (33)** |
| nazwa: | BYSEWSKA HINC SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400 / OSIEDLE ROSOCHY 47 |
| telefon/ telefony: | 412667077 |
| identyfikator REGON | 3,80041E+13 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ OSIEDLE ROSOCHY 47 |
| telefon/ telefony: | 412667077 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (34)** |
| nazwa: | "FARMACJA" M. SABAT I R. WESOŁEK SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-414 / UL. WARSZAWSKA 154 |
| telefon/ telefony: | 413623286 |
| identyfikator REGON | 29120673000000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA "FARMACJA" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-414/ UL. WARSZAWSKA 154 |
| telefon/ telefony: | 413623286 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (35)** |
| nazwa: | NZOZ "NOVOMED" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA/ 29-100/ UL. JAWORSKIEGO 24 |
| telefon/ telefony: | 413944317,<br>412428974 |
| identyfikator REGON | 290777198 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | NZOZ "NOVOMED" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOSZCZOWA/ 29-100/ UL. JAWORSKIEGO 24 |
| telefon/ telefony: | 413944317,<br>412428974 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (36)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" J.ZIĘBA, B.STAWIARZ, M.HETEL - SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. PORTOWA 30 |
| telefon/ telefony: | 158323203 |
| identyfikator REGON | 83041073500036 |

| | |
|---|---|
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. PORTOWA 30 |
| telefon/ telefony: | 158323203 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (37)** |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-736/ UL. GRUNWALDZKA 45 |
| telefon/ telefony: | 413473660 |
| identyfikator REGON | 14087891000134 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | STACJA DIALIZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-736/ UL. GRUNWALDZKA 45 |
| telefon/ telefony: | 413473660 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (38)** |
| nazwa: | PODMIOT LECZNICZY POD NAZWĄ OSTROWIECKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA CYWILNA ANNA OLECH-CUDZIK, KRZYSZTOF CUDZIK UL. IŁZECKA 31A 27-400 OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. UL.IŁŻECKA 31A |
| telefon/ telefony: | 412630400 wew 21, 660569523 |
| identyfikator REGON | 26050982500020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | OSTROWIECKIE CENTRUM MEDYCZNE S.C ANNA OLECH-CUDZIK, KRZYSZTOF CUDZIK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. UL.IŁŻECKA 31A |
| telefon/ telefony: | 412630400 wew 21, 660569523 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (39)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA ALFA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO-KAMIENNA/ 26-110/ UL. NIEPODLEGŁOŚCI 88 |
| telefon/ telefony: | 413005800 |
| identyfikator REGON | 260726617 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO-KAMIENNA/ 26-110/ UL. NIEPODLEGŁOŚCI 88 |
| telefon/ telefony: | 413005800 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (40)** |
| nazwa: | DREAM PHARM RADOSŁAW SOBOŃ ŁUKASZ WAWSZCZAK SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKÓRNICE/ 26-260/ UL. CZERMIŃSKA 13A |
| telefon/ telefony: | 517929024 |
| identyfikator REGON | `26075349400000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA SOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKÓRNICE/ 26-260/ UL. CZERMIŃSKA 13A |
| telefon/ telefony: | 572604891 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (41)** |
| nazwa: | BIEŃKA,ZARZYCKA-CHĘĆ SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELINY/ 26-004/ UL. PARTYZANTÓW 12 |
| telefon/ telefony: | 413025018 |
| identyfikator REGON | 26010663600023 |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 1*** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ BIELINY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELINY/ 26-004/ UL. PARTYZANTÓW 12 |
| telefon/ telefony: | 413025018 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 2*** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ MAKOSZYN |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKOSZYN/ 26-004/ UL. 100A |
| telefon/ telefony: | 413025367 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (42)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MORAWICA" TERESA PĘDZIOR-ZABCZYŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORAWICA/ 26-026/ UL. KIELECKA 36 |
| telefon/ telefony: | 502128238 |

| | |
|---|---|
| identyfikator REGON | 29104281400020 |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 1*** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORAWICA/ 26-026/ UL. KIELECKA 36 |
| telefon/ telefony: | 502128238 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (43)** |
| nazwa: | OŚRODEK LECZNICZO PROFILAKTYCZNY PROMED W OSTROWCU ŚW. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. KILIŃSKIEGO 9 |
| telefon/ telefony: | 41-2652040 |
| identyfikator REGON | 29267939900020 |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 1*** |
| nazwa: | OŚRODEK LECZNICZO-PROFILAKTYCZNY PROMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. KILIŃSKIEGO 9 |
| telefon/ telefony: | 41-2652040 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (44)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BUSKU-ZDROJU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. SĄDOWA 9 |
| telefon/ telefony: | 413567134, 413567117 |
| identyfikator REGON | `29244880800070 |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 1*** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. SĄDOWA 9 |
| telefon/ telefony: | 413567134, 413567117 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 2*** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. OS. SIKORSKIEGO 10 |
| telefon/ telefony: | 413786348 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 3*** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBROWODA/ 28-100/ 24 |
| telefon/ telefony: | 413781527 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 4*** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŁACZKOWICE/ 28-100/ 11 |
| telefon/ telefony: | 413762470 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (45)** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM KORCZYNIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY KORCZYN/ 28-136/ UL. ZAŚCIANEK 2 |
| telefon/ telefony: | 413771081 |
| identyfikator REGON | 29042028900030 |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 1*** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W NOWYM KORCZYNIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY KORCZYN/ 28-136/ UL. ZAŚCIANEK 2 |
| telefon/ telefony: | 413771081 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | ***Miejsce udzielania świadczeń 2*** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W BRZOSTKOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZOSTKÓW/ 28-136/ UL. BRAK 133 |
| telefon/ telefony: | 413771298 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (46)** |
| nazwa: | PZOZ W RUDZIE MALENIECKIEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDA MALENIECKA/ 26-242/ 99A |
| telefon/ telefony: | 413731594 |
| identyfikator REGON | 290629575 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PZOZ W RUDZIE MALENIECKIEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDA MALENIECKA/ 26-242/ 99A |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 413731594 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (47)** |
| nazwa: | ESKULAP-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BODZECHÓW/ 27-420/ UL. SZKOLNA 7 |
| telefon/ telefony: | 412653856 |
| identyfikator REGON | 26048649000028 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "ESKULAP-MED" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BODZECHÓW/ 27-420/ UL. SZKOLNA 7 |
| telefon/ telefony: | 412653856 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PORADNIA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZEWNA/ 27-400/ UL. KSIĘDZA MARCINA POPIELA 5 |
| telefon/ telefony: | 412651951 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SARNÓWEK DUŻY/ 27-400/ 11 |
| telefon/ telefony: | 412621259 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (48)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BAĆKOWICACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BAĆKOWICE/ 27-552/ 101 |
| telefon/ telefony: | 158686226 |
| identyfikator REGON | 29115610400020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BAĆKOWICE/ 27-552/ 101 |
| telefon/ telefony: | 158686226 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (49)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE PLUS SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-713/ UL. KARCZÓWKOWSKA 45 |
| telefon/ telefony: | 41 201 01 01 |
| identyfikator REGON | 26021492300021 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-713/ UL. KARCZÓWKOWSKA 45 |
| telefon/ telefony: | 41 201 01 01 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-312/ UL. WARSZAWSLA 30 |
| telefon/ telefony: | 42 201 01 01 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MASŁÓW PIERWSZY/ 26-001/ UL. JANA PAWŁA II 3 |
| telefon/ telefony: | 43 201 01 01 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 4** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-406/ UL. KONOPNICKA 5 |
| telefon/ telefony: | 44 201 01 01 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.01 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (50)** |
| nazwa: | DOZ APTEKA. DBAM O ZDROWIE "JANTAR" ANNA MAJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-749/ UL. BURSZTYNOWA 3 |
| telefon/ telefony: | 606666027 |
| identyfikator REGON | 291216020 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |

| | |
|---|---|
| nazwa: | DOZ APTEKA. DBAM O ZDROWIE "JANTAR" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-749/ UL. BURSZTYNOWA 3 |
| telefon/ telefony: | 413664692 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (51)** |
| nazwa: | HENRYK PRUDŁO PHU PROMAR |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. JANA KILIŃSKIEGO 49 |
| telefon/ telefony: | 535304492 |
| identyfikator REGON | 290514719 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA NOWOCZESNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. MICKIEWICZA 24 |
| telefon/ telefony: | 412482944 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (52)** |
| nazwa: | PZF CEFARM LUBLIN S.A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBLIN/ 20-147/ UL. ALEJA SPÓŁDZIELCZOŚCI PRACY 78 |
| telefon/ telefony: | 736697334 |
| identyfikator REGON | 43040133500000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA DBAM O ZDROWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. MICKIEWICZA 30 |
| telefon/ telefony: | 800110110 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.05 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (53)** |
| nazwa: | STASZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONIEMŁOTY/ 28-200/ PLAC KS. ROMANA KOTLARZA 9 |
| telefon/ telefony: | 158667123 |
| identyfikator REGON | 29102812200027 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONIEMŁOTY/ 28-200/ UL. PLAC KS. ROMANA KOTLARZA 9 |
| telefon/ telefony: | 158667123 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (54)** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHĘCINACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHĘCINY/ 26-060/ OSIEDLE PÓŁNOC 10 |
| telefon/ telefony: | 413151045 |
| identyfikator REGON | 29068486400038 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W CHĘCINACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHĘCINY/ 26-060/ UL. OSIEDLE PÓŁNOC 10 |
| telefon/ telefony: | 413151045 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W WOLICY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLICA/ 26-060/ UL. UL. SZKOLNA 29 |
| telefon/ telefony: | 413154009 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (55)** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRAWCZYN/ 26-067/ UL. OGRODOWA 2 |
| telefon/ telefony: | 413038006 |
| identyfikator REGON | 29067468200022 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OBLĘGOREK/ 26-067/ UL. GIMNAZJALNA 15A |
| telefon/ telefony: | 413030427 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.05 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRAWCZYN/ 26-067/ UL. OGRODOWA 2 |
| telefon/ telefony: | 413038006 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.05 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| | |
|---|---|
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (56)** |
| nazwa: | MJFARM POLSKA SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-370/ UL. ŻEROMSKIEGO 38/40 |
| telefon/ telefony: | 510287147 |
| identyfikator REGON | 26061254600000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA OD POKOLEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-370/ UL. ŻEROMSKIEGO 38/40 |
| telefon/ telefony: | 413619059 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.07 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (57)** |
| nazwa: | OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO SP ZOZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO-KAMIENNA/ 26-110/ UL. SOKOLA 50 |
| telefon/ telefony: | 731001819, 731 001 784, 41-2785003 |
| identyfikator REGON | `010647314 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO-KAMIENNA/ 26-110/ UL. SOKOLA 50 |
| telefon/ telefony: | 731001819, 731 001 784, 41-2785003 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.06 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (58)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA KALINKA S.J. BEATA KALINIAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-636/ UL. KAZNOWSKIEGO 5/U6 |
| telefon/ telefony: | 413131492 |
| identyfikator REGON | 260729320 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-636/ UL. KAZNOWSKIEGO 5/U6 |
| telefon/ telefony: | 413131492 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.02 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (59)** |
| nazwa: | GRUPER SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW/ 31-038/ UL. STAROWIŚLNA 1 |
| telefon/ telefony: | 600297312 |
| identyfikator REGON | 35159094600000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA NIEZAPOMINAJKA DLA CAŁEJ RODZINY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-394/ UL. TARNOWSKA 4 |
| telefon/ telefony: | 511691753 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.07 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (60)** |
| nazwa: | DR ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA/ 03-812/ UL. KAMIONKOWSKA 51 |
| telefon/ telefony: | 608376557 |
| identyfikator REGON | 1078518600000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA DR ZDROWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-323/ UL. RADOMSKA 20C/1 |
| telefon/ telefony: | 412665482 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.08 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (61)** |
| nazwa: | AMBER-MED. SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW/ 54-613/ UL. KRZEMIENIECKA 60A |
| telefon/ telefony: | 413327235 |
| identyfikator REGON | 29288353300000 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | APTEKA DR. MAX |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-435/ UL. ORZESZKOWEJ 52 |
| telefon/ telefony: | 413327235 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.08 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (62)** |
| nazwa: | "ZDROWIE" STADRYNIAK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. GRABOWIECKA 3DE |
| telefon/ telefony: | 412477612 |
| identyfikator REGON | 29121961000030 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |

| | |
|---|---|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. GRABOWIECKA 3DE |
| telefon/ telefony: | 412477612 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.06 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (63)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MNIOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNIÓW/ 26-080/ UL. CENTRALNA 6 |
| telefon/ telefony: | 413737003 |
| identyfikator REGON | 290421969 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNIÓW/ 26-080/ UL. CENTRALNA 6 |
| telefon/ telefony: | 413737003 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.07 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (64)** |
| nazwa: | NZOZ "MEDICUS" - IWANISKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWANISKA/ 27-570/ UL. KOLEJOWA 1A |
| telefon/ telefony: | 158601225 |
| identyfikator REGON | 260039319 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | NZOZ „MEDICUS” |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWANISKA/ 27-570/ UL. KOLEJOWA 1A |
| telefon/ telefony: | 158601225 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.07 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (65)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SAMBORCU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SAMBORZEC/ 27-650/ SAMBORZEC 43 |
| telefon/ telefony: | 158314482 |
| identyfikator REGON | 83017102900067 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SAMBORZEC/ 27-650/ SAMBORZEC 43 |
| telefon/ telefony: | 158314482 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.06 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (66)** |
| nazwa: | NZOZ PROMYK SP ZO.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHEDNIÓW/ 26-130/ UL. E.PECK 9A |
| telefon/ telefony: | 412543028 |
| identyfikator REGON | 26004858300026 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | NZOZ PROMYK SP.ZO.O |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHEDNIÓW/ 26-130/ UL. E.PECK 9A |
| telefon/ telefony: | 412543028 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.05 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (67)** |
| nazwa: | PRO-MED. A.GÓRA-PAZERA,M.RUDNICKI SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAGŁOWICE/ 28-362/ UL. PARKOWA 2 |
| telefon/ telefony: | 413814521 |
| identyfikator REGON | 26079146000022 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAGŁOWICE/ 28-362/ UL. PARKOWA 2 |
| telefon/ telefony: | 413814521 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.06 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (68)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA „ESKULAP” S.C. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘDZISZÓW/ 28-340/ UL. PRZEMYSŁOWA 9B |
| telefon/ telefony: | 733-315-551, 413812699 |
| identyfikator REGON | 260599314 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA „ESKULAP” S.C. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SĘDZISZÓW/ 28-340/ UL. PRZEMYSŁOWA 9B |
| telefon/ telefony: | 733-315-551, 413812699 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.12 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (69)** |

| | |
|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA ESKULAP SP.ZO.O |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOLEC-ZDRÓJ/ 28-131/ UL. 1-MAJA 14A |
| telefon/ telefony: | 413776010 |
| identyfikator REGON | 26057680400025 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOLEC-ZDRÓJ/ 28-131/ UL. 1-MAJA 14A |
| telefon/ telefony: | 413776010 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.08 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (70)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-CENTRUM MEDYCZNE "ROKITEK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. ROKITEK 41A |
| telefon/ telefony: | 158333604 |
| identyfikator REGON | 291022757 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. ROKITEK 41A |
| telefon/ telefony: | 158333604 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOPRZYWNICA/ 27-660/ UL. SPORTOWA 7 |
| telefon/ telefony: | 158477173 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (71)** |
| nazwa: | ZOZ W BUSKU-ZDROJU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. BOHATERÓW WARSZAWY 67 |
| telefon/ telefony: | 413782401 |
| identyfikator REGON | 00031146700034 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. BOHATERÓW WARSZAWY 67 |
| telefon/ telefony: | 413782401 wew.343 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.12 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (72)** |
| nazwa: | ZOZ W BUSKU-ZDROJU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. BOHATERÓW WARSZAWY 67 |
| telefon/ telefony: | 413782401 wew.343 |
| identyfikator REGON | 00031146700034 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BUSKO-ZDRÓJ/ 28-100/ UL. BOHATERÓW WARSZAWY 67 |
| telefon/ telefony: | 413782401 wew.343 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.12 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (73)** |
| nazwa: | TWOJA PIELĘGNIARKA SMOLARCZYK KORNACKA PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO KAMIENNA/ 26-110/ UL. AL. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 34/53 |
| telefon/ telefony: | 501205091 |
| identyfikator REGON | 522504890 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIŃ TWOJA PIELĘGNIARKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO KAMIENNA/ 26-110/ UL. AL. MARSZAŁKA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 34/53 |
| telefon/ telefony: | 501205091 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.14 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (74)** |
| nazwa: | CENTRUM SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-364/ UL. WOJSKA POLSKIEGO 5 |
| telefon/ telefony: | 41/361-29-74 |
| identyfikator REGON | 292816264 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ, PRZYCHODNIA NR 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-364/ UL. WOJSKA POLSKIEGO 5 |
| telefon/ telefony: | 41/361-29-74 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.12 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| | |
|---|---|
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ, PRZYCHODNIA NR 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DALESZYCE/ 26-021/ UL. PL. STASZICA 22 |
| telefon/ telefony: | 41/317-12-53 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.12 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (75)** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA STANISŁAW KOŁODZIEJ, MARZENA MALEC-CHODOREK SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOJCIECHOWICE/ 27-532/ 49 |
| telefon/ telefony: | 158614010 |
| identyfikator REGON | 29111595000025 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOJCIECHOWICE/ 27-532/ 49 |
| telefon/ telefony: | 158614010 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (76)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W DZIAŁOSZYCACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁOSZYCE/ 28-440/ UL. UL. PIŃCZOWSKA 18 |
| telefon/ telefony: | 413526009 |
| identyfikator REGON | 29111891900028 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIAŁOSZYCE/ 28-440/ UL. UL. PIŃCZOWSKA 18 |
| telefon/ telefony: | 413526009 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (77)** |
| nazwa: | "AUXILIUM" S.C. ALEKSANDRA HARLA, URSZULA HARLA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGORIA/ 28-210/ UL. SPACEROWA 9 |
| telefon/ telefony: | 15 867 40 36 |
| identyfikator REGON | 260196740 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGORIA/ 28-210/ UL. SPACEROWA 9 |
| telefon/ telefony: | 15 867 40 36 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.14 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (78)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIŃCZÓW/ 28-400/ UL. ARMII KRAJOWEJ 22 |
| telefon/ telefony: | 690-335-692 |
| identyfikator REGON | 00030428900025 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE ARMII KRAJOWEJ 22, PIŃCZÓW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIŃCZÓW/ 28-400/ UL. ARMII KRAJOWEJ 22 |
| telefon/ telefony: | 690-335-692 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (79)** |
| nazwa: | SP ZOZ IM. LECHA JĘDRZEJKIEWICZA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BLIŻYN/ 26-120/ UL. VI WIEKÓW BLIŻYNA 2 |
| telefon/ telefony: | (41) 2541106 |
| identyfikator REGON | 29113431500025 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BLIŻYN/ 26-120/ UL. VI WIEKÓW BLIŻYNA 2 |
| telefon/ telefony: | (41) 2541106 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.16 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (80)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZYDŁOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁÓW/ 28-225/ UL. UROCZA 1 |
| telefon/ telefony: | 413545182 |
| identyfikator REGON | 290749530 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁÓW/ 28-225/ UL. UROCZA 1 |
| telefon/ telefony: | 413545182 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.14 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| | |
|---|---|
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (81)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PATRON" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-734/ UL. JAGIELLOŃSKA 76A |
| telefon/ telefony: | 413456608 |
| identyfikator REGON | 29288484000027 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ PRZYCHODNIA ISKRA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-734/ UL. JAGIELLOŃSKA 76A |
| telefon/ telefony: | 413456608 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.16 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ PRZYCHODNIA PATRON |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-336/ UL. KOPERNIKA 3 |
| telefon/ telefony: | 413445027 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.16 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (82)** |
| nazwa: | NZOZ MEDICA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STOPNICA/ 28-130/ UL. KOŚCIUSZKI 12A |
| telefon/ telefony: | 413779011 |
| identyfikator REGON | 292857524 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNK SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STOPNICA/ 28-130/ UL. KOŚCIUSZKI 12A |
| telefon/ telefony: | 413779011 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (83)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" W SANDOMIERZU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. OPATOWSKA 5 |
| telefon/ telefony: | 158322331 |
| identyfikator REGON | 83040811200024 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" W SANDOMIERZU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. OPATOWSKA 5 |
| telefon/ telefony: | 158322331 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.09 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (84)** |
| nazwa: | MIG-MED SP Z O. O |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁONIÓW/ 27-670/ ŚWINIARY STARE 29 |
| telefon/ telefony: | 158669139 |
| identyfikator REGON | 260610949 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | MIG-MED SP Z O. O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁONIÓW/ 27-670/ ŚWINIARY STARE 29 |
| telefon/ telefony: | 158669139 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.14 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (85)** |
| nazwa: | MIEJSKO-GMINNY ZESPÓŁ OŚRODKÓW ZDROWIA W MAŁOGOSZCZU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁOGOSZCZ/ 28-366/ UL. JASZOWSKIEGO 3 |
| telefon/ telefony: | 413875300 |
| identyfikator REGON | 290411304 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁOGOSZCZ/ 28-366/ UL. JASZOWSKIEGO 3 |
| telefon/ telefony: | 413875300 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.16 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (86)** |
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI / 27-400/ UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 11 |
| telefon/ telefony: | 412613500 |
| identyfikator REGON | 000311473 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ WĘZŁOWO-POPULACYJNY WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL W OSTROWCU ŚW. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI / 27-400/ UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 11 |
| telefon/ telefony: | 412613500 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |

| | |
|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (87)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHMIELNIKU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHMIELNIK/ 26-020/ UL. KIELECKA 18 |
| telefon/ telefony: | 413542231 |
| identyfikator REGON | 291097117 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHMIELNIK/ 26-020/ UL. KIELECKA 18 |
| telefon/ telefony: | 413542231 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.14 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (88)** |
| nazwa: | SPZOZ OŚRODEK ZDROWIA W MIRCU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIRZEC STARY/ 27-220/ 14 |
| telefon/ telefony: | 413897995 |
| identyfikator REGON | 29041555500030 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIRZEC STARY/ 27-220/ 14 |
| telefon/ telefony: | 413897995 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (89)** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIERZCHNICY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIERZCHNICA/ 26-015/ UL. SZKOLNA 30 |
| telefon/ telefony: | 41 353 80 18 |
| identyfikator REGON | 290024040 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIERZCHNICA/ 26-015/ UL. SZKOLNA 30 |
| telefon/ telefony: | 41 353 80 18 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (90)** |
| nazwa: | "PARTNER" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-622/ UL. LECHA 14A |
| telefon/ telefony: | 41 345 03 40 |
| identyfikator REGON | 29281974200022 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ LECHA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-622/ UL. LECHA 14A |
| telefon/ telefony: | 41 345 03 40 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ HERBY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-655/ UL. 1-GO MAJA 196 |
| telefon/ telefony: | 41 345 76 48 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DEWOŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-637/ UL. DEWOŃSKA 19 |
| telefon/ telefony: | 41 369 88 97 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (91)** |
| nazwa: | "DALMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-319/ UL. DALEKA 5 |
| telefon/ telefony: | 41 342 59 07 |
| identyfikator REGON | 292819720 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DALEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-319/ UL. DALEKA 5 |
| telefon/ telefony: | 41 342 59 07 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 2** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ MAZURSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-343/ UL. MAZURSKA 61 |
| telefon/ telefony: | 41 342 85 30 |

| | |
|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 3** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ ZAGÓRSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-339 / UL. ZAGÓRSKA 17B |
| telefon/ telefony: | 41 344 73 19 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (92)** |
| nazwa: | OMEGA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. ŚLISKA 16/1U/3U |
| telefon/ telefony: | 412665756 |
| identyfikator REGON | 26044280200027 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI/ 27-400/ UL. ŚLISKA 16/1U/3U |
| telefon/ telefony: | 412665756 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.15 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (93)** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-734/ UL. ARTWIŃSKIEGO 1 |
| telefon/ telefony: | 41367176 |
| identyfikator REGON | 00028978500053 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY PRACY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIELCE/ 25-734/ UL. ARTWIŃSKIEGO 1 |
| telefon/ telefony: | 41367176 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.19 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (94)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KOŚCIELNYM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO KOŚCIELNE/ 26-115/ UL. IŁŻECKA 2A |
| telefon/ telefony: | 412714400 |
| identyfikator REGON | 291109470 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARŻYSKO KOŚCIELNE/ 26-115/ UL. IŁŻECKA 2A |
| telefon/ telefony: | 412714400 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.08 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (95)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNY PRACY I MEDYCYNY RODZINNEJ,,MEDICAL" -FILIPCZAK-ZIOŁO ELŻBIETA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. DOBKIEWICZA 10 |
| telefon/ telefony: | 158320642, 156445411 |
| identyfikator REGON | 83036549500061 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ PRZYCHODNIA MEDYCYNY PRACY I MEDYCYNY RODZINNEJ,,MEDICAL" -FILIPCZAK-ZIOŁO ELŻBIETA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANDOMIERZ/ 27-600/ UL. DOBKIEWICZA 10 |
| telefon/ telefony: | 158320642, 156445411 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.13 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| | **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (96)** |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. W ZAWADZIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWADA/ 28-230/ UL. 24 |
| telefon/ telefony: | 158656395 |
| identyfikator REGON | 830408804 |
| | **Miejsce udzielania świadczeń 1** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWADA/ 28-230/ UL. 24 |
| telefon/ telefony: | 158656395 |
| Data dodania do wykazu | 2022.09.19 |
| Data wykreślenia z wykazu | |