**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 1** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A | | |
| telefon/ telefony: | 858318000 | | |
| identyfikator REGON | 000288610 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-540 Żurawia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 858318000 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A | | |
| telefon/ telefony: | 858318000 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A | | |
| telefon/ telefony: | 858318000 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A | | |
| telefon/ telefony: | 858318950 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Klinika Rehabilitacji | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 M. Curie-Skłodowskiej 24A | | |
| telefon/ telefony: | 570127263 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-05-16 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 Wołodyjowskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 570127263 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-05-17 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-276 Wołodyjowskiego 1 (Hala sportowa UMB) | | |
| telefon/ telefony: | 570194475 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień - Szpital Tymczasowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-540 Żurawia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 570144048 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Klinika Dermatologii i Wenerologii z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej i Pododdziałem Dermatologicznym Dziennego Pobytu | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-540 Żurawia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 570144048 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 10 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 15A | | |
| telefon/ telefony: | 570003208; 570002335 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - GALERIA ALFA | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Świętojańska 15 | | |
| telefon/ telefony: | 570002335 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-19 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 2** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27 | | |
| telefon/ telefony: | 477104047; 605324153 | | |
| identyfikator REGON | 050637922 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27 | | |
| telefon/ telefony: | 477104004 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | | POP |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27 | - | |
| telefon/ telefony: | 477104004 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 3** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 864733626 | | |
| identyfikator REGON | 450665024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 864733626 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 880320272 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Reymonta 9 | | |
| telefon/ telefony: | 880320272 | | **4** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYNSKIEGO W ŁOMŻY | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Al. Józefa Piłsudskiego 11 | | |
| telefon/ telefony: | 880320272 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 4** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629421 | | |
| identyfikator REGON | 790319362 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629421 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629421 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629579 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 60 | | |
| telefon/ telefony: | 875629491 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 5** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Ogólny im. dr Witolda Ginela w Grajewie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862723271 | | |
| identyfikator REGON | 450666822 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862723271 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862723271 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862723271 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862723271 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chorób zakaźnych | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862722041 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 862722041 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 664428462 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół transportu medycznego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 34 | | |
| telefon/ telefony: | 664428462 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MUZEUM MLEKA | | PSP |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 36 | - | |
| telefon/ telefony: | 607821749 | | **4** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 6** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876444284 | | |
| identyfikator REGON | 790317038 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876444284 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876444284 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Szpitalna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876444298 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 7** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D | | |
| telefon/ telefony: | 875172314 | | |
| identyfikator REGON | 790317340 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D | | |
| telefon/ telefony: | 875172314 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D | | |
| telefon/ telefony: | 875172314 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 Wojska Polskiego 60D | | |
| telefon/ telefony: | 875669040 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 8** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 857488500 | | |
| identyfikator REGON | 050657729 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 857488500 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 857488500 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 19-950 M. Curie-Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 857488358 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 9** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856829202 | | |
| identyfikator REGON | 050582500 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | W | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9 | W | - |
| telefon/ telefony: | 856829237; 856829183 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856829237; 856829183 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856829166 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białowieża 17-230 Puszczańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 570849000 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czeremcha 17-240 Duboisa 13 | | |
| telefon/ telefony: | 856850000 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dubicze Cerkiewne 17-204 Główna 63 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 570212005 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 856829006 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Narew 17-210 Kościelna 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856816035 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Narewka 17-220 Kolejowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 570988690 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 3 Maja 54 | | |
| telefon/ telefony: | 856829237; 856829183 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-08-06 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE | **-** | **PSP** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Doc. A.Dowgirda 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856829237; 856829183 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-06 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 10** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| identyfikator REGON | 050644804 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Janusza Korczaka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 858142439 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Piaskowa 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857152294 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH IM STEFANA CZARNIECKIEGO W ŁAPACH | | **PSP** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Generała Władysława Sikorskiego 68 | - | |
| telefon/ telefony: | 570500433; 570100433 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-09 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DOM POMOCY SPOŁECZNEJ W CHOROSZCZY | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Aleja Niepodległości 4 | | |
| telefon/ telefony: | 570600233; 570800633 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-09 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 11** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857220463 | | |
| identyfikator REGON | 050653170 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857220463 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857220463 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857220533 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40 lok. 31,34 | | |
| telefon/ telefony: | 857220501 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 12** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 858334330 | | |
| identyfikator REGON | 050584924 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 858334377 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 858334377 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 858334377 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 10 | | |
| telefon/ telefony: | 856550522 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Kleszczelowska 3 | | |
| telefon/ telefony: | 858334393 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRAŃSKU | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 10 | | |
| telefon/ telefony: | 508091867 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 13** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | |
| identyfikator REGON | 050583037 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchowola 16-150 Goniądzka 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | **P** | **-** |
| telefon/ telefony: | 857121206 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857121399 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór 16-205 Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857226039 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchowola 16-150 Goniądzka 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857124401 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Marii Skłodowskiej-Curie 15 | | |
| telefon/ telefony: | 510210246 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 14** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |
| telefon/ telefony: | 668877590 | | |
| identyfikator REGON | 050652956 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |
| telefon/ telefony: | 668877590; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |
| telefon/ telefony: | 668877590; 668877530 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Goniądz 19-110 Konstytucji 3 Maja 1 | | |
| telefon/ telefony: | 668877587; 668877530 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionówka 19-122 Jasionówka 21 | | |
| telefon/ telefony: | 668877577; 668877530 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | | **POP** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jaświły 19-124 Jaświły 13 | - | POP |
| telefon/ telefony: | 668877579; 668877530 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krypno Wielkie 19-111 Krypno Wielkie 6 | | |
| telefon/ telefony: | 668877583; 668877530 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |
| telefon/ telefony: | 668877578 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Tysiąclecia 15 | | |
| telefon/ telefony: | 727793570 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-08-26 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 15** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 856552825 | | |
| identyfikator REGON | 050653482 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej | W | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8 | W | - |
| telefon/ telefony: | 500652680 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bacieki Średnie 68 | | |
| telefon/ telefony: | 500652680 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielnik 17-307 Piaskowa 38 | | |
| telefon/ telefony: | 500652680 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 500652680 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 16** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857278130 | | |
| identyfikator REGON | 050652956 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Al. Niepodległości 9 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 727793570 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 17** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 856552825 | | |
| identyfikator REGON | 050653482 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Szpitalna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 856552554; 856552308; 856560303; 856555948; 856550466; 693100085; 571923715; 668356860; 510494137; 693639074; 571923716; 571923717; 513728164 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-19 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 18** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Ogólny w Kolnie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69 | | |
| telefon/ telefony: | 862782350 | | |
| identyfikator REGON | 450667610 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69 | | |
| telefon/ telefony: | 862782350 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69 | | |
| telefon/ telefony: | 862782350 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wojska Polskiego 69 | | |
| telefon/ telefony: | 862739358 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA W KOLNIE | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Marii Dąbrowskiej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 862739369 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM HANDLOWYM VENEDA | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Zawadzka 38 | | |
| telefon/ telefony: | 862739369 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-13 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 19** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 864775501 | | |
| identyfikator REGON | 450666236 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775501 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775501 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775450 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - URZĄD MIASTA WYSOKIE MAZOWIECKIE (W BUDYNKU MOK) | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Ludowa 19 | | |
| telefon/ telefony: | 862102003 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 864775463 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 20** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79 | | |
| telefon/ telefony: | 856648519 | | |
| identyfikator REGON | 050692045 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | **W** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79 | | |
| telefon/ telefony: | 856648519 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-003 Sienkiewicza 79 | | |
| telefon/ telefony: | 856751905 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 21** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96 | | |
| telefon/ telefony: | 857167624 | | |
| identyfikator REGON | 451097214 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96 | | |
| telefon/ telefony: | 857167624 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96 | | |
| telefon/ telefony: | 857167624 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Knyszyn 19-120 Grodzieńska 96 | | |
| telefon/ telefony: | 857167049 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 22** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy w Zambrowie spółka z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763600 | | |
| identyfikator REGON | 451153332 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | W | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763600 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763667 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 23** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy w Zambrowie Spółka z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763600 | | |
| identyfikator REGON | 451153332 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SP Z O.O. | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Papieża Jana Pawła II 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862763681; 862763644 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 24** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 17 | | |
| telefon/ telefony: | 857450500 | | |
| identyfikator REGON | 001406394 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | P | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 17 | P | - |
| telefon/ telefony: | 857450547 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Waszyngtona 17 | | |
| telefon/ telefony: | 857450547 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 25** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-027 Ogrodowa 12 | | |
| telefon/ telefony: | 856646888 | | |
| identyfikator REGON | 050657379 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Diagnostyczno- zabiegowe | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-027 Ogrodowa 12 | | |
| telefon/ telefony: | 856646729 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 26** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej Im. Dr. Stanisława Deresza W Choroszczy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857191091 | | |
| identyfikator REGON | 050580458 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857191091 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPP ZOZ W CHOROSZCZY | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Pl. im. dr Zygmunta Brodowicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 723576222; 609349904 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 27** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Łomżyńskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych "Hospicjum" pod Wezwaniem Świętego Ducha** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Rybaki 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862166616 | | |
| identyfikator REGON | 450084959 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Hospicjum stacjonarne | P | - |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Rybaki 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862166616 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 28** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej Im. Jana Pawła II W Suwałkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 54 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 875676910 | | |
| identyfikator REGON | 790376383 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo Leczniczy | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 54 | | |
| telefon/ telefony: | 875676910 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo Leczniczy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 54 | | |
| telefon/ telefony: | 875676910 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-23 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 29** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A | | |
| telefon/ telefony: | 875662233 | | |
| identyfikator REGON | 790317937 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A | | |
| telefon/ telefony: | 875662233 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia rehabilitacji leczniczej dla dorosłych | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Waryńskiego 22A | | |
| telefon/ telefony: | 875662233 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 30** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej W Suwałkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 62 | | |
| telefon/ telefony: | 875626400 | | |
| identyfikator REGON | 790244055 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Psychiatryczny | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 62 | | |
| telefon/ telefony: | 875626400 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba przyjęć | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Szpitalna 62 | | |
| telefon/ telefony: | 875626400 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 31** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zakład Opiekuńczo-Leczniczy W Szczuczynie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Szpitalna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862725029 | | |
| identyfikator REGON | 450718950 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DZIAŁ OPIEKUŃCZO-LECZNICZY | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Szpitalna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862725029 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 32** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej W Augustowie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17 | | |
| telefon/ telefony: | 876434704 | | |
| identyfikator REGON | 791006056 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, Hospicjum Stacjonarne | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17 | | |
| telefon/ telefony: | 876434704 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 33** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17 | | |
| telefon/ telefony: | 876434704 | | |
| identyfikator REGON | 791006056 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W AUGUSTOWIE | **-** | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 1 Pułku Ułanów Krechowieckich 17 | | |
| telefon/ telefony: | 876434704 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 34** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno -Opiekuńczy w Krynkach** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynki 16-120 Grodzieńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857228486 | | |
| identyfikator REGON | 052023147 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynki 16-120 Grodzieńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857228486 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 35** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NZOZ "Md Care" Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dworaki-Staśki 18-218 Dworaki-Staśki 46 | | |
| telefon/ telefony: | 864763421 | | |
| identyfikator REGON | 200250564 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dworaki-Staśki 18-218 Dworaki-Staśki 46 | | |
| telefon/ telefony: | 864763421 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "MD CARE" Sp. z o.o. | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dworaki-Staśki 18-218 Dworaki-Staśki 46 | | |
| telefon/ telefony: | 864763421 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 36** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Holmed Uzdrowisko Sp. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Uroczysko Pustelnia 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857222122 | | |
| identyfikator REGON | 364736615 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział uzdrowiskowy sanatoryjny | **P** | **-** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Uroczysko Pustelnia 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857222122 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 37** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANUS" ANNA AGATA MAZUR** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1 | | |
| telefon/ telefony: | 857452708 | | |
| identyfikator REGON | 050529204 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-399 Transportowa 9 lok. U1 | | |
| telefon/ telefony: | 857452708 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 38** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 1/27 | | |
| telefon/ telefony: | 862156949 | | |
| identyfikator REGON | 450665627 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wyszyńskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862185463 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego Filia w Szczepankowie | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczepankowo 18-411 Szczepankowo 60 | | |
| telefon/ telefony: | 606368669 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-10-08 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Piątnicy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piątnica 18-421 Czarnocka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 862192716 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Wiżnie | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wizna 18-430 Plac Kapitana Władysława Raginisa 31 | | |
| telefon/ telefony: | 862196017 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia Jedwabnem | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jedwabne 18-420 Łomżyńska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 862172012 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Nowogrodzie | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród 18-414 Miastkowska 5 | | |
| telefon/ telefony: | 862175516 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Miastkowie | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miastkowo 18-413 Długa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862174819 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinety Lekarza Rodzinnego Filia w Przytułach | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przytuły 18-423 Supska | | |
| telefon/ telefony: | 862177011 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ŚWIETLICA WIEJSKA W GIEŁCZYNIE | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Giełczyn 18-400 Spokojna 12 | | |
| telefon/ telefony: | 788680252 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-08-31 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 39** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-874 Poleska 89 | | |
| telefon/ telefony: | 856637301 | | |
| identyfikator REGON | 050622576 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład pomocy doraźnej | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-874 Poleska 89 | | |
| telefon/ telefony: | 785503848 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 40** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 862722518 | | |
| identyfikator REGON | 450666839 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziłów 19-213 Gumienna 14 | | |
| telefon/ telefony: | 862736067 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Krzywa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862725021 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wąsosz 19-222 Plac Rzędziana 11 | | |
| telefon/ telefony: | 862731048 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA PRZY ZSP W SZCZUCZYNIE | - | PSP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szczuczyn 19-230 Plac 1000-Lecia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 862735080 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 41** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"Przychodnia Rodzinna" s.c.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-794 Gajowa 75 | | |
| telefon/ telefony: | 856620796 | | |
| identyfikator REGON | 050650118 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-794 Gajowa 75 | | |
| telefon/ telefony: | 856620796 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 42** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Jan Wądołowski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11 | | |
| telefon/ telefony: | 862703004 | | |
| identyfikator REGON | 050543291 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kołaki Kościelne 18-315 Kościelna 11 | | |
| telefon/ telefony: | 862703004 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 43** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 1 s.c. Elżbieta Urbańska-Żero, Mirosława Stradczuk, Jan Kazberuk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Gen. Władysława Andersa 7A | | |
| telefon/ telefony: | 856556419 | | |
| identyfikator REGON | 050830866 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 Gen. Władysława Andersa 7A | | |
| telefon/ telefony: | 856556419 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 44** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Wanda Maria Kurowska-Kowalewska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 862140001 | | |
| identyfikator REGON | 450185583 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zbójna 18-416 Łomżyńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 604970366 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Gabinet Lekarza Rodzinnego Maciej Makarewicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 862722706 | | |
| identyfikator REGON | 450183868 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 696969866; 862722706 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna" Jacek Obrączka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29 | | |
| telefon/ telefony: | 875657753 | | |
| identyfikator REGON | 790251747 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Emilii Plater 7/03 | | |
| telefon/ telefony: | 510323947 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Antoniego Patli 29 | | |
| telefon/ telefony: | 510323944 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 47** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDYK IRENA BIELAWSKA-SKOWROŃSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Marsz. Józefa Piłsudskiego 9A | | |
| telefon/ telefony: | 857112669 | | |
| identyfikator REGON | 050669891 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Marsz. Józefa Piłsudskiego 9A | | |
| telefon/ telefony: | 857112669 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 48** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Teresa Czarniecka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 4A | | |
| telefon/ telefony: | 864762792 | | |
| identyfikator REGON | 450045190 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 864762792 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 49** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ" - Abdulwahab Al-Murtatha** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lachowo 18-500 Lachowo 41 | | |
| telefon/ telefony: | 862787158 | | |
| identyfikator REGON | 450156558 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lachowo 18-500 Lachowo 41 | | |
| telefon/ telefony: | 604463513 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 50** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Alicja Jadwiga Sutkowska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862750039 | | |
| identyfikator REGON | 450670433 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 3 | | |
| telefon/ telefony: | 862740039 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 51** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Włodzimierz Bołtruczuk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12 | | |
| telefon/ telefony: | 857385052 | | |
| identyfikator REGON | 450193750 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trzcianne 19-104 Wojska Polskiego 12 | | |
| telefon/ telefony: | 857385052 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 52** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Wiesław Janiszewski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Klonowa 35 | | |
| telefon/ telefony: | 862755025 | | |
| identyfikator REGON | 450166344 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Polna 5B | | |
| telefon/ telefony: | 862755025 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 53** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Mariusz Szczupak** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Dębowa 21 | | |
| telefon/ telefony: | 862785009 | | |
| identyfikator REGON | 450115275 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAWISKI 18-520 ŁOMŻYŃSKA 8 | | |
| telefon/ telefony: | 862785009 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 54** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsk 16-315 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 876423009 | | |
| identyfikator REGON | 790669748 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsk 16-315 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 876423009 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 55** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Bogumiła Augustynowicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-560 Sowlańska 3/U2 | | |
| telefon/ telefony: | 857437642 | | |
| identyfikator REGON | 050831162 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-560 Sowlańska 3/u2 | | |
| telefon/ telefony: | 857437642 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 56** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **L.S. Kisiel spółka jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Jaćwieska 18 | | |
| telefon/ telefony: | 876434129 | | |
| identyfikator REGON | 790273542 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Jaćwieska 18 | | |
| telefon/ telefony: | 876434129 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 57** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Marzena Więckowska** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II | | |
| telefon/ telefony: | 862183950 | | |
| identyfikator REGON | 450183354 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Sybiraków 5/II | | |
| telefon/ telefony: | 862183950 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 58** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Jolanta Krajewska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Łomża przy Szosie 18-400 Słoneczna 17 | | |
| telefon/ telefony: | 862150232 | | |
| identyfikator REGON | 450183006 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Gen. Władysława Sikorskiego 95A | | |
| telefon/ telefony: | 862150232 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 59** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Mariola Wandiuk-Lewoniewska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobolewo 15-509 Tygrysia 34 | | |
| telefon/ telefony: | 505003123 | | |
| identyfikator REGON | 050800760 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sobolewo 15-509 Szosa Baranowicka 80 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 857402001 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 60** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **AKADEMICKA PRAKTYKA MEDYCYNY RODZINNEJ BIELSKA, CHLABICZ, CZARNOWSKI, OŁTARZEWSKA, SAWICKA-POWIERZA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-301 Mazowiecka 33 | | |
| telefon/ telefony: | 857440950 | | |
| identyfikator REGON | 050832003 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-301 Mazowiecka 33 | | |
| telefon/ telefony: | 857440950 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 61** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BACIECZKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-744 Hugo Kołłątaja 75 | | |
| telefon/ telefony: | 856640111 | | |
| identyfikator REGON | 050851041 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 3/U3 | | |
| telefon/ telefony: | 856640111 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 62** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Domesticus Krauze i Partnerzy. Spółka Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856636884 | | |
| identyfikator REGON | 050852342 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Przygotowawczo-Zabiegowy (szczepienny) | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856636884 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 63** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zespół Lekarzy Rodzinnych Nr 2 B. Kazberuk, H. Kochanowska, M. Hruświcka, H. Tynkiewicz-Osiejuk s.c.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 26 | | |
| telefon/ telefony: | 856561080 | | |
| identyfikator REGON | 050852744 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 26 | | |
| telefon/ telefony: | 882503332 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 64** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Ałła Sosna-Pawluczuk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857305094 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 050582931 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Jagiellońska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857305094 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857304904 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 65** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Czyżach Danuta i Sławomir Hackiewicz s.c.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyże 17-207 Czyże 74 | | |
| telefon/ telefony: | 856813513 | | |
| identyfikator REGON | 050853531 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyże 17-207 Czyże 74 | | |
| telefon/ telefony: | 856813513 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 66** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarski w Nurcu Stacji spółka cywilna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856575005 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 050854648 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Milejczyce 17-332 Wodociągowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 856579011 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nurzec-Stacja 17-330 Szkolna 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856575005 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 67** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"HAJMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 858731441 | | |
| identyfikator REGON | 050851503 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Marszałka Józefa Piłsudskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 858731441 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 68** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Andrzej Perkowski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 862722706 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 450175640 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Kolejowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 500476787; 862722706 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 69** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Grażyna Biruta Pawłowska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 604284205 | | |
| identyfikator REGON | 450055811 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grabowo 18-507 Wincentego Witosa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862790053 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 70** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Alicja Kurasińska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862774999 | | |
| identyfikator REGON | 450197468 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862774999 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 71** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 862166556 | | |
| identyfikator REGON | 450672975 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Ks. Kardynała Wyszyńskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 862166555 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 72** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA" JÓZEF MALINOWSKI, JACEK LUBECKI, MAREK ROMANOWICZ, MAREK STOJAK SPÓŁKA CYWILNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/7 | | |
| telefon/ telefony: | 862750422 | | |
| identyfikator REGON | 200007527 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jabłonka Kościelna 18-200 Jabłonka Kościelna 55 | | |
| telefon/ telefony: | 862745003 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Klukowo 18-214 Mazowiecka 12 | | |
| telefon/ telefony: | 862774510 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobylin Borzymy 18-204 Lipowa 15 | | |
| telefon/ telefony: | 862743013 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rosochate Kościelna 18-220 Wierzbowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862701048 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suchowola 16-150 Plac Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 856630991 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suraż 18-105 11 Listopada 16 | | |
| telefon/ telefony: | 857155627 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szypliszki 16-411 Suwalska 23 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 875685072 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lokal 7 | | |
| telefon/ telefony: | 862750422 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 73** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarzy Rodzinnych "LIDER" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Mostowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 876433727 | | |
| identyfikator REGON | 790666201 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Mostowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 876433708 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 74** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **ZDZISŁAW SADOWSKI** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51 | | |
| telefon/ telefony: | 876432764 | | |
| identyfikator REGON | 790179412 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 51 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 846432764 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 75** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"POLSKA GRUPA FARMACEUTYCZNA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Nowogrodzka 151A | | |
| telefon/ telefony: | 862152740 | | |
| identyfikator REGON | 004250722 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Al. Józefa Piłsudskiego 82 | | |
| telefon/ telefony: | 862152740 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 76** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA RODZINNA PŁASKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płaska 16-326 Płaska 54 | | |
| telefon/ telefony: | 876418725 | | |
| identyfikator REGON | 385835864 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płaska 16-326 Płaska 54 | | |
| telefon/ telefony: | 876418725 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 77 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **NUTRIX E. MAKOWSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Kościelna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 876436380 | | |
| identyfikator REGON | 790669990 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Kościelna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 501641995 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Alicja Leończyk Dariusz Leończyk s.c.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 Os. Południe 9 | | |
| telefon/ telefony: | 862724350 | | |
| identyfikator REGON | 450709655 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 Os. Południe 9 | | |
| telefon/ telefony: | 872724350 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 79 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **SPÓŁKA CYWILNA "CORDIS" SŁAWOMIRA GOLUBIEWSKA, ANNA ZŁOTKOWSKA, MONIKA GOLUBIEWSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C "CORDIS"** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Augustowska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 876424001 | | |
| identyfikator REGON | 790748028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Augustowska 21 | | |
| telefon/ telefony: | 876424001 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jeleniewo 16-404 Sportowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 875621715 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 80** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDICUS ELIZA JOANNA JURGIEL, ANNA ROGALEWSKA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857191999 | | |
| identyfikator REGON | 050700566 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Choroszcz 16-070 Adama Mickiewicza 21 | | |
| telefon/ telefony: | 501501956 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 81** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **WA-MED A. JASIŃSKA-WOJTULEWICZ I K. ŁAZARSKA SPÓŁKA JAWNA** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Kryńska 32 | | |
| telefon/ telefony: | 857185222 | | |
| identyfikator REGON | 050698177 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Kryńska 32 | | |
| telefon/ telefony: | 857185222 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Kościelna 58C | | |
| telefon/ telefony: | 857338828; 796676000 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 82** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDICUS S.C. K.BANDYSZEWSKA, J. DOJLIDA, A. KALINOWSKI, B. KONDRACIUK, A. WOJSZWIŁŁO, J. WASILEWSKA, M. ŚLIŻEWSKI** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Główna 53A | | |
| telefon/ telefony: | 857152291 | | |
| identyfikator REGON | 050698131 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Główna 53A | | |
| telefon/ telefony: | 857152291 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 83** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **"VITA" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857302926 | | |
| identyfikator REGON | 050698770 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857302926 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 84** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"GRODMED" spółka cywilna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gródek 16-040 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857180051 | | |
| identyfikator REGON | 050700773 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gródek 16-040 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857180051 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 85** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"Twój Lekarz" B. Rucińska, A.T. Wakulewska, M. Zabrocka-Podolec - spółka partnerska lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 20 | | |
| telefon/ telefony: | 857303523 | | |
| identyfikator REGON | 050697410 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 3 Maja 20 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 857303523 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 86** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Pielęgniarski Zakład Opieki Zdrowotnej "VEA" spółka cywilna Łapińska Weronika, Szpakowska Antonina** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Główna 53A | | |
| telefon/ telefony: | 857157363 | | |
| identyfikator REGON | 050698125 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Główna 53A | | |
| telefon/ telefony: | 857157363 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 87** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. J. DZIENISZEWSKI, A. CHLABICZ, M. MAKSIMOWICZ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Michałowo 16-050 Szkolna 20/1 | | |
| telefon/ telefony: | 857189606 | | |
| identyfikator REGON | 050700721 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Michałowo 16-050 Szkolna 20/1 | | |
| telefon/ telefony: | 857189606 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **ALMA MED SPÓŁKA CYWILNA MAJA BORUCH, ADAM BORUCH** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Boćki 17-111 Grunwaldzka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857313143 | | |
| identyfikator REGON | 050690632 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Boćki 17-111 Grunwaldzka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857313143 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 89** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Spółka Cywilna MEDMAL** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Dolna 19A | | |
| telefon/ telefony: | 857183470 | | |
| identyfikator REGON | 050695693 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Dolna 19A | | |
| telefon/ telefony: | 857183470 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 90** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Maria Sałatowska-Krynicka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janów 16-130 Sportowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 857216785 | | |
| identyfikator REGON | 050686100 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janów 16-130 Sportowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 857216785 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 91** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **S.C. Joanna Paszko-Wojtkowska, Bogdan Szorc** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-264 Konstantego Ciołkowskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 857371124 | | |
| identyfikator REGON | 050701318 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszki 17-132 Kościelna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857371124 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 92** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NZOZ "LEKARZ RODZINNY" JOANNA M. SZELĄG** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 858681388 | | |
| identyfikator REGON | 050689876 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Stanisława Dubois 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 858681388 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 93 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **NZOZ ,,EL-MED" Elżbieta Kopciewska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korycin 16-140 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 857219009 | | |
| identyfikator REGON | 050640798 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korycin 16-140 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 857219009 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 94 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna i Specjalistyczna "Falmed" Elżbieta Falejczyk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 1 Maja 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875162508 | | |
| identyfikator REGON | 790079248 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziemianówka 16-506 Dziemianówka 7 | | |
| telefon/ telefony: | 875165032 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sejny 16-500 1 Maja 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875162508 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 95** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Mirosław Tkaczuk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siemiatycze 17-300 11 Listopada 46 | | |
| telefon/ telefony: | 600875034 | | |
| identyfikator REGON | 050834692 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziadkowice 17-306 Dziadkowice 47 | | |
| telefon/ telefony: | 856571025 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 96** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"VITA" SPÓŁKA CYWILNA MIROSŁAWA JASIŃSKA, SŁAWOMIR KANTOR, LUCYNA BARANOWSKA, EWA SZUCHNICKA-GÓRKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Gen. Władysława Sikorskiego 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857220507 | | |
| identyfikator REGON | 051991092 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 gen. Władysława Sikorskiego 40/lok.5a | | |
| telefon/ telefony: | 857220507 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 97** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"KRYNMED" I. Hansson, B. Rogalska, A. Pańkowska - Spółka Partnerska Lekarzy** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynki 16-120  Grodzieńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857228046 | | |
| identyfikator REGON | 051994587 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krynki 16-120 Grodzieńska 40 | | |
| telefon/ telefony: | 857228046 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Piekuty 18-212 Główna 6 | | |
| telefon/ telefony: | 864761919 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szudziałowo 16-113 Szkolna 4 | | |
| telefon/ telefony: | 857221413 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 98** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SPÓŁKA CYWILNA JANINA I SŁAWOMIR CHMARO** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kuźnica 16-123  Sokólska 41 | | |
| telefon/ telefony: | 857224336 | | |
| identyfikator REGON | 051993553 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kuźnica 16-123 Sokólska 41 | | |
| telefon/ telefony: | 857224336 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 99 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Adam Wojciech Cukrowski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawady 16-075 Sienkiewicza 7 | | |
| telefon/ telefony: | 604992811 | | |
| identyfikator REGON | 050554981 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawady 16-075 Sienkiewicza 7 | | |
| telefon/ telefony: | 857140009 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 100 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **LEKARSKA SPECJALISTYCZNA SPÓŁDZIELNIA PRACY "ESKULAP"** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C | | |
| telefon/ telefony: | 857450031 | | |
| identyfikator REGON | 000406452 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-437 dr Ireny Białówny 9/1 | | |
| telefon/ telefony: | 857416901 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-453 Nowy Świat 11C | | |
| telefon/ telefony: | 857450038 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 101** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **STANISŁAW TOPCZEWSKI** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poświętne 18-112 Poświętne 11 | | |
| telefon/ telefony: | 856501379 | | |
| identyfikator REGON | 050826876 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poświętne 18-112 Poświętne 11 | | |
| telefon/ telefony: | 603880735 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 102** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDVITA WIERCIŃSKA, KRAWIEL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 11/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856763856 | | |
| identyfikator REGON | 052233324 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 11/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856763856 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 103** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Medycyny Rodzinnej" s.c.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 855671597 | | |
| identyfikator REGON | 791010193 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Emila Młynarskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 875671597 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 104** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PUŃSKU** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Puńsk 16-515 Szkolna 26 | | |
| telefon/ telefony: | 875161011 | | |
| identyfikator REGON | 790997323 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Puńsk 16-515 Szkolna 26 | | |
| telefon/ telefony: | 875161011 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 105** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **KERIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 857188034 | | |
| identyfikator REGON | 366323449 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zabłudów 16-060 Grzegorza Chodkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 857188034 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 106** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Spółka Cywilna "Sup Med" Bożena Narewska, Maria Wasilewska - Sacharewicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Dolna 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857183523 | | |
| identyfikator REGON | 052133344 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Supraśl 16-030 Dolna 21 | | |
| telefon/ telefony: | 857183523 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 107** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Krzysztof Jakubowski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-617 Nowosielska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 856618132 | | |
| identyfikator REGON | 050525465 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-617 Nowosielska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 856618132 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 108** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"MEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A | | |
| telefon/ telefony: | 862150135 | | |
| identyfikator REGON | 451187963 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 22A | | |
| telefon/ telefony: | 602104438 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 109** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Iwona Okuła** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A | | |
| telefon/ telefony: | 857482312 | | |
| identyfikator REGON | 050348916 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-223 Adama Mickiewicza 44A | | |
| telefon/ telefony: | 857482312 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 110** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PULS WALENTYNA GOŁOBURDA SPÓŁKA JAWNA.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-264 Konstantego Ciołkowskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 857482320 | | |
| identyfikator REGON | 052214893 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-264 Konstantego Ciołkowskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 514354059 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 111** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Urszula Bonda** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 | | |
| telefon/ telefony: | 856639144 | | |
| identyfikator REGON | 052210783 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 Komisji Edukacji Narodowej 7 | | |
| telefon/ telefony: | 856639144 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 112** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zbigniew Hakało** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Ostrowska 4B | | |
| telefon/ telefony: | 501765775 | | |
| identyfikator REGON | 052202476 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szumowo 18-305 Przeździeckiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 862707015 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 113** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH. D. I T. TROJANOWSCY. SPÓŁKA JAWNA"** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sztabin 16-310 Augustowska 45 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 876412013 | | |
| identyfikator REGON | 790753265 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sztabin 16-310 Augustowska 45 | | |
| telefon/ telefony: | 876412013 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 114** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Jan Busiński** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowinka 16-304 Nowinka54 | | |
| telefon/ telefony: | 876419535 | | |
| identyfikator REGON | 790051971 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowinka 16-304 Nowinka 54 | | |
| telefon/ telefony: | 876419535 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 115** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" w Krasnopolu - Małgorzata Ewa Puza** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 875164026 | | |
| identyfikator REGON | 790368567 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasnopol 16-503 Henryka Sienkiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 875164026 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 116** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **KORAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raczki 16-420 Nowe Osiedle 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875685019 | | |
| identyfikator REGON | 366288664 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raczki 16-420 Nowe Osiedle 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875685019 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 117** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **GRUPA ZDROWIE ŁOMŻA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862189244 | | |
| identyfikator REGON | 451154923 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862189244 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 118** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Mariola Szczołek** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przerośl 16-427 Suwalska 2A | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 875691069 | | |
| identyfikator REGON | 510372439 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przerośl 16-427 Suwalska 2A | | |
| telefon/ telefony: | 875691069 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 119** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **KRÓL - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-814 Generała Józefa Hallera 8 | | |
| telefon/ telefony: | 856543990 | | |
| identyfikator REGON | 052197054 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-814 Generała Józefa Hallera 8 | | |
| telefon/ telefony: | 856543990 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 120** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SIENKIEWICZ - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-183 Siewna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 693710187 | | |
| identyfikator REGON | 052130593 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-183 Siewna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 793794105 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 121** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Spółka Cywilna "Siloe" Katarzyna Jachimowicz Justyna Łozowska -Siemionow** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856760059 | | |
| identyfikator REGON | 052030236 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-161 Władysława Raginisa 87/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856760059 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 122** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Iwona Wasiluk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk 17-315 Bielska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856568516 | | |
| identyfikator REGON | 050846666 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk 17-315 Bielska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856568516 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 123** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA Anna Romanik i Partnerzy** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5 | | |
| telefon/ telefony: | 857451408 | | |
| identyfikator REGON | 052009785 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-843 Świętokrzyska 5A/U5 | | |
| telefon/ telefony: | 857451408 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 124** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Ewa Jarmoc i Ewa Oksimowicz-Spółka Partnerska Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7/1 | | |
| telefon/ telefony: | 856505279 | | |
| identyfikator REGON | 052012161 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośń Kościelna 18-106 Białostocka 7/1 | | |
| telefon/ telefony: | 856505279 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 125** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **OŚRODEK ZDROWIA "MEDFIL" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Juchnowiec Dolny 16-061 Słoneczna 19 | | |
| telefon/ telefony: | 857196099 | | |
| identyfikator REGON | 383934728 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bogdanki 16-061 Bogdanki 10 | | |
| telefon/ telefony: | 857196202 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 126** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRYMUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 875630813 | | |
| identyfikator REGON | 791008902 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 875630813 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 127** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Ludwik Szolc i Marek Ziniewicz - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Drohiczynie - spółka jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12 | | |
| telefon/ telefony: | 856557022 | | |
| identyfikator REGON | 051994707 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drohiczyn 17-312 Warszawska 12 | | |
| telefon/ telefony: | 856557022 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 128** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "VITAMED" GIENNADIJ PERMIAKOW** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6 | | |
| telefon/ telefony: | 856578560 | | |
| identyfikator REGON | 052141898 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Perlejewo 17-322 Perlejewo 6 | | |
| telefon/ telefony: | 508266950 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 129** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY BILBIN, POPIEL-KRZYWICKA, WRÓBLEWSKA PRZYCHODNIA LEKARZY RODZINNYCH PRO MEDICA CENTRUM** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-445 Al. Józefa Piłsudskiego 4A | | |
| telefon/ telefony: | 856522585 | | |
| identyfikator REGON | 052213758 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-445 Al. Józefa Piłsudskiego 4A | | |
| telefon/ telefony: | 856522585 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 130** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Michalska - spółka partnerska lekarzy** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-054 Mieszka I 8c/15 | | |
| telefon/ telefony: | 857328816 | | |
| identyfikator REGON | 052221019 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-054 Mieszka I 8C/15 | | |
| telefon/ telefony: | 857328816; 695523220 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 131** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Dąbrowski i partnerzy. Spółka Partnerska Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-756 Swobodna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856532998 | | |
| identyfikator REGON | 052218320 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-756 Swobodna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856532998 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 132** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Fok-Orłowska Spółka Partnerska Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-222 Adama Mickiewicza 14 | | |
| telefon/ telefony: | 857415346 | | |
| identyfikator REGON | 052210926 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-222 Adama Mickiewicza 14 | - | **POP** |
| telefon/ telefony: | 500224285 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 133** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Hanna Biziuk i Partnerzy Spółka Partnerska Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857425974 | | |
| identyfikator REGON | 052218661 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-312 Zwierzyniecka 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857425974 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 134** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Prokop - Spółka Partnerska Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-863 Radzymińska 16/25 | | |
| telefon/ telefony: | 856520809 | | |
| identyfikator REGON | 052219301 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-863 Radzymińska 16/25 | | |
| telefon/ telefony: | 517484195 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 135** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **PRZYCHODNIA ZDROWIA NA ŁĄKOWEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02 | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | |
| identyfikator REGON | 365285623 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-017 Łąkowa 9/02 | | |
| telefon/ telefony: | 857324151 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 136** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Przychodnia Lekarska "Na Bema" Barbara Lewandowska i Krystyna Żmijewska-Ziniewicz-Spółka Partnerska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/26 | | |
| telefon/ telefony: | 857442603 | | |
| identyfikator REGON | 052215125 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/26 | | |
| telefon/ telefony: | 857442603 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 137** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SPÓŁKA PARTNERSKA BARTNICKA, BOUŻYK-MASŁOWSKA, DOLIŃSKA - LEKARZE** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/6 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 857426035 | | |
| identyfikator REGON | 052212807 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Gen. Józefa Bema 2/6 | | |
| telefon/ telefony: | 857426035 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 138** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **COR-MED KOMASZYŁO I WSPÓLNICY LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A | | |
| telefon/ telefony: | 856510461 | | |
| identyfikator REGON | 052225336 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-740 Antoniukowska 11A | | |
| telefon/ telefony: | 856510461 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 139** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **LEKARZE RODZINNI - "3" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1 | | |
| telefon/ telefony: | 864798855 | | |
| identyfikator REGON | 451183066 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Władysława Reymonta 1A/1 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 864798855 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 140** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AKADEMIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-173 Jaroszówka 53 | | |
| telefon/ telefony: | 857485808 | | |
| identyfikator REGON | 366980644 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-267 Akademicka 3 | | |
| telefon/ telefony: | 857485808 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 141** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Stanisław Bernatowicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kołłątaja 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857121866 | | |
| identyfikator REGON | 050583356 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Hugona Kołłątaja 1 | | |
| telefon/ telefony: | 502610250 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 142** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Centrum Medyczno Stomatologiczne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s.c. Magdalena Stankiewicz, Mirosława Modzelewska.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Szkolna 21 | | |
| telefon/ telefony: | 862755021 | | |
| identyfikator REGON | 451204147 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Polna 5B | | |
| telefon/ telefony: | 862755021 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 143** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDIMED I. Panasiuk, T. Piechocka, A. Gryko-Przychodnia Lekarzy Rodzinnych Spółka Partnerska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-746 Juliana Tuwima 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 856527477 | | |
| identyfikator REGON | 052248283 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-746 Juliana Tuwima 1/2 lok2 | | |
| telefon/ telefony: | 856527477 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 144** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Jarocka i Partnerzy - Spółka Partnerska Lekarzy** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-490 Nowogródzka 6/13 | | |
| telefon/ telefony: | 500768861 | | |
| identyfikator REGON | 052234588 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-471 Fabryczna 27/ lokal 1/15 | | |
| telefon/ telefony: | 500768861 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 145** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NASZA PRZYCHODNIA IZABELA MARIA MAŁYSZKO, ANDRZEJ MAŁYSZKO SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857101999 | | |
| identyfikator REGON | 200089347 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 857101999 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 146** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA DOROTA SIANOWSKA I DARIUSZ MICHAŁ DUDAREWICZ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 875687228 | | |
| identyfikator REGON | 200135604 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiżajny 16-407 Sejneńska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 875670606 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rutka-Tartak 16-406 Leśna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 875687228 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 147** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"ZDROWIE H. Pisawocka, J.B. Krutel Spółka Partnerska Lekarzy"** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22 | | |
| telefon/ telefony: | 856822777 | | |
| identyfikator REGON | 200158628 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 11 Listopada 22 | | |
| telefon/ telefony: | 856822777 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 148** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **DIAGNOSTYKA SPÓŁKA AKCYJNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864 prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 122950100 | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt szczepień, Białystok, ul. Storczykowa 5 lok. 104 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-644 Storczykowa 5/104 | | |
| telefon/ telefony: | 695133965 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień, Łomża, ul. Gen. Wł. Sikorskiego 239 | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Gen. Władysława Sikorskiego 239 | | |
| telefon/ telefony: | 663681524 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 149** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NZOZ MEDYK w Mońkach - D. Biedrzycka, I. Galińska - Kałucka, M. Mytnik, S. Sawicka, Spółka Jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-101 Tysiąclecia 21/1 | | |
| telefon/ telefony: | 857164103 | | |
| identyfikator REGON | 200178329 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Tysiąclecia 21 lok. 1 | | |
| telefon/ telefony: | 506136846 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 150** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NZOZ "Poradnia Rodzinna" Agnieszka Gosk** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-204 ks. Stanisława Andrukiewicza 4/3U | | |
| telefon/ telefony: | 857400187 | | |
| identyfikator REGON | 200081736 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-204 ks. Stanisława Andrukiewicza 4/3U | | |
| telefon/ telefony: | 857400187 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 151** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Ewa Inez Borona** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleszczele 17-250 Pl. Parkowy 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856818045 | | |
| identyfikator REGON | 200229995 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleszczele 17-250 Pl. Parkowy 9 | | |
| telefon/ telefony: | 856818045 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 152** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Andrzej Kuźmiński** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarnucha 16-300 Czarnucha 14 | | |
| telefon/ telefony: | 698668547 | | |
| identyfikator REGON | 200087733 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy-szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żarnowo Drugie 16-300 Żarnowo Drugie 16 | | |
| telefon/ telefony: | 698668547 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 153** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Małgorzata Zielińska-Tyszka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piękna 3/B | | |
| telefon/ telefony: | 862165280 | | |
| identyfikator REGON | 450196902 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piękna 3B | | |
| telefon/ telefony: | 862165280 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 154** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Joanna Redźko-Baszun** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-634 Klepacka 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856627444 | | |
| identyfikator REGON | 200223780 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-634 Klepacka 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856627444 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 155** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Ewa Michnowska-Tryburska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A | | |
| telefon/ telefony: | 608434709 | | |
| identyfikator REGON | 050346410 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-879 Św. Rocha 12A gab. 8 | | |
| telefon/ telefony: | 857460986 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 156** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NA ZDROWIE Praktyka Lekarska M. Woińska, J. Gruszewska - Spółka Partnerska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Cmentarna 28 | | |
| telefon/ telefony: | 856880082 | | |
| identyfikator REGON | 200264796 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łapy 18-100 Cmentarna 28 | | |
| telefon/ telefony: | 856880082 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 157** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MidMed Dorota Rybińska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Kościelna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 696013580 | | |
| identyfikator REGON | 200305207 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Kościelna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 857375367 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 158** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **VILLA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-666 Miłosna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856537760 | | |
| identyfikator REGON | 361928449 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-666 Miłosna 24 | | |
| telefon/ telefony: | 856537760 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 159** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"PRO SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876424014 | | |
| identyfikator REGON | 200328740 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bargłów Kościelny 16-320 Tysiąclecia 12 | | |
| telefon/ telefony: | 876424014 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 160** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Jacek Kofman** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-662 Stroma 5/35 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 602616866 | | |
| identyfikator REGON | 051980020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szymki 16-050 Szymki 104a | | |
| telefon/ telefony: | 857175628 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 161** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Patrycja Klaudia Budna NZOZ Centrum Medyczne " WARSZAWSKA"** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 858755355 | | |
| identyfikator REGON | 200382544 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-066 Stanisława Bukowskiego 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 858755355 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 162** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **WOLF TRADE Marcin Wilczko** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-343 Nowa 28 | | |
| telefon/ telefony: | 853070855 | | |
| identyfikator REGON | 200128047 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne RODZINA (gabinet diagnostyczno-zabiegowy) | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-660 Witosa 15B gab 5 | | |
| telefon/ telefony: | 856617155; 853070855 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 163** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **TOR-MED w Holonkach s.c. Danuta, Jacław i Stefan Torczyńscy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 Holonki 63 | | |
| telefon/ telefony: | 857373508 | | |
| identyfikator REGON | 200380077 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jana Pawła II 19 | | |
| telefon/ telefony: | 857376431 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Holonki 17-120 Holonki 63 | | |
| telefon/ telefony: | 857373508 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 164** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Dariusz Zduńczyk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl 18-525  Jana Pawła II 36 | | |
| telefon/ telefony: | 862723499 | | |
| identyfikator REGON | 450182449 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Turośl 18-525 Jana Pawła II 36 | | |
| telefon/ telefony: | 660687873 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 165 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **EVAMED SAFIEJKO - BARAŃSKA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31 | | |
| telefon/ telefony: | 856536363 | | |
| identyfikator REGON | 200653894 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-773 Rzemieślnicza 31 | | |
| telefon/ telefony: | 856536363 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 166 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **DUO-MED HANNA ZAREMBA, BOGDAN ZAREMBA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rutki-Kossaki 18-312 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 862701013 | | |
| identyfikator REGON | 200652989 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rutki-Kossaki 18-312 Rynek 7 | | |
| telefon/ telefony: | 608580690 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 167 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **DORMED Dorota Lewko-Ninkiewicz, Jarosław Ninkiewicz spółka jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-483 Fabryczna 4/1H | | |
| telefon/ telefony: | 857222755 | | |
| identyfikator REGON | 200659371 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-483 Fabryczna 4/1H | | |
| telefon/ telefony: | 881333203 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 168** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Praktyka Lekarzy Rodzinnych "NA KLONOWEJ" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Klonowa 40/4U | | |
| telefon/ telefony: | 875677502 | | |
| identyfikator REGON | 200656208 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Klonowa 40/ 4U | | |
| telefon/ telefony: | 875677502 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 169** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **IRMAMED Ośrodek Zdrowia M. Wasilewski Spółka Jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrożany 17-312 Ostrożany 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856551402 | | |
| identyfikator REGON | 200676145 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Drohiczyn 17-312 Ostrożany 4 | | |
| telefon/ telefony: | 602852794 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 170 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Hoża 2B | | |
| telefon/ telefony: | 876435127 | | |
| identyfikator REGON | 200697845 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Hoża 2B | | |
| telefon/ telefony: | 876435127 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 171 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **PRA MEDICA PRACZUKOWSCY SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 857197099 | | |
| identyfikator REGON | 200737562 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzyniewo Duże 16-002 Białostocka 23 | | |
| telefon/ telefony: | 857197099 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 172 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **"Twój Lekarz Rodzinny A. Majewska, A. Zabielska-Drągowska Spółka Partnerska Lekarzy"** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-866 Zagumienna 10A | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 857333545 | | |
| identyfikator REGON | 200733162 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-866 Zagumienna 10A | | |
| telefon/ telefony: | 857333545 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 173** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA RODZINNA "SOL-MED" TAMARA DRABIKOWSKA - CHMARA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59/14U | | |
| telefon/ telefony: | 695363419 | | |
| identyfikator REGON | 052245451 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59/14U | | |
| telefon/ telefony: | 730363419; 790771179; 858110437 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 174** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Kamińska Bożenna Praktyka Lekarska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Filipów 16-424 Wólczańska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875696040 | | |
| identyfikator REGON | 790222912 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Filipów 16-424 Wólczańska 4 | | |
| telefon/ telefony: | 875696040 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 175** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100 Piotra Skargi 23/29 | | |
| telefon/ telefony: | 236921370 | | |
| identyfikator REGON | 130135908 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jabłoń Kościelna 18-212 Kolejowa 11 | | |
| telefon/ telefony: | 864761356 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łopienie-Jeże 18-212 Łopienie-Jeże 35 | | |
| telefon/ telefony: | 505763326 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 176** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **ARTEMIUK EDYTA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 36 | | |
| telefon/ telefony: | 857170397 | | |
| identyfikator REGON | 200815842 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 36 | | |
| telefon/ telefony: | 857170397 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 177 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Anna Chludzińska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 864760230 | | |
| identyfikator REGON | 200824060 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 606347520 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 178 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **EUROMED Agata Tarasiewicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22 | | |
| telefon/ telefony: | 857199578 | | |
| identyfikator REGON | 200137750 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Punktem Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Nadrzeczna 22 | | |
| telefon/ telefony: | 857199578 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 179 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **ADAM I MARTA PIKTEL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna Białostocka 16-020 Szkolna 13 | | |
| telefon/ telefony: | 501795695 | | |
| identyfikator REGON | 200840580 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sidra 16-124 Sokólska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 857211504 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 180** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-676 Postępu 21 C | | |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-687 KEN 50/U4 | | |
| telefon/ telefony: | 223322888 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 181** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"PULS" TOPOLSCY, OLĘDZKA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Gizewo 12-100 Nowe Gizewo 1G | | |
| telefon/ telefony: | 862744008 | | |
| identyfikator REGON | 281599909 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kulesze Kościelne 18-208 Piękna 8 | | |
| telefon/ telefony: | 862744008 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 182** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"AM-medica" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-703 Aleja Jana Pawła II 77 | | |
| telefon/ telefony: | 858880222 | | |
| identyfikator REGON | 200874106 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Michałowo 16-050 Białostocka 20A | | |
| telefon/ telefony: | 858880222 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **NASZE ZDROWIE SPÓŁKA CYWILNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Dr. Olszewskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 862755379 | | |
| identyfikator REGON | 200888924 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Dr. Olszewskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 513281362 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH Agata Leszczyńska** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28 | | |
| telefon/ telefony: | 857332223 | | |
| identyfikator REGON | 363186450 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-224 Adama Mickiewicza 14/28 | | |
| telefon/ telefony: | 857332223 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 185** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDI-KOL AL-MURTATHA, PRUSINOWSKI SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5 | | |
| telefon/ telefony: | 663434399 | | |
| identyfikator REGON | 200875117 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Wincentego Witosa 3A/5 | | |
| telefon/ telefony: | 663434399 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 186** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA JAN DROZD** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeździecko-Mroczki 18-300 Przeździecko-Mroczki 5A/3 | | |
| telefon/ telefony: | 862717501 | | |
| identyfikator REGON | 050372582 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeździecko-Mroczki 18-300 Przeździecko-Mroczki 5A/3 | - | **POP** |
| telefon/ telefony: | 862717501 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 187** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDIRENA ZBIGNIEW MAREK MAŁYSKO, IRENA MAŁYSKO SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 857375318 | | |
| identyfikator REGON | 365367380 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brańsk 17-120 Jagiellońska 34 | | |
| telefon/ telefony: | 857375318 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudka 17-123 Brańska 13 | | |
| telefon/ telefony: | 857302952 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 188** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **BETESDA SPÓŁKA CYWILNA MONIKA KRYSIUK-WNUCZKO, KRZYSZTOF WNUCZKO** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1 | | |
| telefon/ telefony: | 856883276 | | |
| identyfikator REGON | 368269790 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wasilków 16-010 Białostocka 104/U1 | | |
| telefon/ telefony: | 856883276 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 189** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PORADNIA RODZINNA "DLA ZDROWIA" - LEKARZE: A. KALINOWSKA, A. NADLEWSKA, Z. J. SKAKUJ SPÓŁKA PARTNERSKA.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857187337 | | |
| identyfikator REGON | 368226383 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tykocin 16-080 Kaczorowska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857187337 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 190** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA RODZINNA - LEKARZE: DOROTA I STANISŁAW FALKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 Jana Pawła II 15 | | |
| telefon/ telefony: | 857120170 | | |
| identyfikator REGON | 368247787 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Białostocka 16-200 3 Maja 1C | | |
| telefon/ telefony: | 857120170 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 191** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRZYCHODNIA DANMED - LEKARZE: BOGDAN I JOANNA DANIELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29/6 | | |
| telefon/ telefony: | 862180478 | | |
| identyfikator REGON | 369830690 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy z funkcją szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Księżnej Anny 29/6 | | |
| telefon/ telefony: | 862180478 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 192** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **CENTRUM MEDYCZNE KLEOSIN WIELICZKO SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 856632069 | | |
| identyfikator REGON | 369805522 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kleosin 16-001 Zambrowska 14 | | |
| telefon/ telefony: | 856632069 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 193** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MEDICUS - MONIKA MARZEC-DZIERŻANOWSKA, MARTA DZIERŻANOWSKA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 857452152 | | |
| identyfikator REGON | 369940734 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 22 | | |
| telefon/ telefony: | 857452152 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 194** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Magdalena Bielonko** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/17A, 18A | | |
| telefon/ telefony: | 503893600 | | |
| identyfikator REGON | 200850086 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10 lok 17a, 18a | | |
| telefon/ telefony: | 503893600 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ MECHANICZNYCH CENTRUM KSZTAŁCENIA PRAKTYCZNEGO NR 2 IM. ŚW. JÓZEFA W BIAŁYMSTOKU | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-750 Broniewskiego 14 | | |
| telefon/ telefony: | 507816804 | | **5** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-20 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 195** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **MEDYCYNA RODZINNA I CHIRURGIA - LEKARZE - BOŻENA I GRZEGORZ POGORZELSCY SPÓŁKA PARTNERSKA** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2/2 | | |
| telefon/ telefony: | 862750842 | | |
| identyfikator REGON | 369832996 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy z punktem szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Szpitalna 2 lok. 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862750842 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 196** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"JARD" DZIEMIAN I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-703 Al. Jana Pawła II 54 | | |
| telefon/ telefony: | 857489720 | | |
| identyfikator REGON | 200355145 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-399 Transportowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 857422808; 857422809 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 197** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Mohammad Hassan Janghorbani** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7 | | |
| telefon/ telefony: | 608515369 | | |
| identyfikator REGON | 451209943 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Szczepień | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czyżew 18-220 Andrzejewska 7 | | |
| telefon/ telefony: | 862116115 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 198** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **ARAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Białostocka 83B/2 | | |
| telefon/ telefony: | 666889680 | | |
| identyfikator REGON | 386508073 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mońki 19-100 Białostocka 83B/2 | | |
| telefon/ telefony: | 729922877 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 199** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MS-MEDICA MAGDALENA STRZAŁKOWSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-349 Świętego Jerzego 43/20 | | |
| telefon/ telefony: | 500560748 | | |
| identyfikator REGON | 387162642 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień COVID I | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-888 Wyszyńskiego 2/1 lok. 320 | | |
| telefon/ telefony: | 883757375 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 200** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICARE" - spółka cywilna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Stanisława Milewskiego 36 | | |
| telefon/ telefony: | 862781981 | | |
| identyfikator REGON | 450855090 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 Stanisława Milewskiego 36 | | |
| telefon/ telefony: | 862781981 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mały Płock 18-516 Kochanowskiego 17 | | |
| telefon/ telefony: | 862791313 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 201** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"OMEGA" spółka cywilna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161 | | |
| telefon/ telefony: | 862165869 | | |
| identyfikator REGON | 450716626 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Wojska Polskiego 161 | | |
| telefon/ telefony: | 516764069 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 202** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SPÓŁKA CYWILNA "MEDYK" S.C. WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: LESZEK NICZYPORUK, ELŻBIETA NICZYPORUK, STANISŁAW SIEROCKI, EDYTA RADZISZEWSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18 | | |
| telefon/ telefony: | 862771015 | | |
| identyfikator REGON | 450725890 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanowiec 18-230 Mickiewicza 18 | | |
| telefon/ telefony: | 862771015 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 203** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Bożena Krystyna Brzozowska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii Krajowej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 864771543 | | |
| identyfikator REGON | 450184490 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wysokie Mazowieckie 18-200 Armii Krajowej 4 | | |
| telefon/ telefony: | 864771543 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 204** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FENIKS" S.C. - H.KLIMASZEWSKA, B.ŁUKAWSKA-PERKOWSKA, D.MEJZNER** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 862727500 | | |
| identyfikator REGON | 450811460 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grjewo 19-203 Ignacego Krasickiego 4 | | |
| telefon/ telefony: | 516270022 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 205** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Stanisława Olędzka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 608612882 | | |
| identyfikator REGON | 450211381 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szepietowo 18-210 Lipowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 608612882 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 206** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zbigniew Stokowski** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełda 19-206 Bełda 43 | | |
| telefon/ telefony: | 862733069 | | |
| identyfikator REGON | 450213240 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo-Szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bełda 19-206 Bełda 43 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 862733069 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 207** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **REMEDIUM MAŁGORZATA ŚLIWECKA, JOLANTA KASZUBA, EMILIA KULESZA SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A | | |
| telefon/ telefony: | 862184420 | | |
| identyfikator REGON | 451157040 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/2A | | |
| telefon/ telefony: | 862184420 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 208** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Marek Dariusz Klimkiewicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Działki 96-315 Główna 25 | | |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | |
| identyfikator REGON | 750134518 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-404 Księcia Janusza I 13 | | |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-704 Al. Jana Pawła II 59 6U | | |
| telefon/ telefony: | 603157778 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 209** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Piotr Zengota** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Bolesława Prusa 23/12 | | |
| telefon/ telefony: | 862186667 | | |
| identyfikator REGON | 450182768 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Prywatna Praktyka Lekarska Zengota Piotr | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Małachowskiego 8/46 | | |
| telefon/ telefony: | 502101243 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 210** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Q medica Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U | | |
| telefon/ telefony: | 856795102 | | |
| identyfikator REGON | 200275825 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia ginekologiczna | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-305 Jerzego Waszyngtona 30/1U | | |
| telefon/ telefony: | 604194364 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 211** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Wioleta Woroniecka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25 | | |
| telefon/ telefony: | 604402399 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 381962695 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Medycyny Pracy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Stefana Batorego 25 | | |
| telefon/ telefony: | 574546913 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 212** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Revita - Centrum Medyczne Spółka Cywilna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A | | |
| telefon/ telefony: | 858311590 | | |
| identyfikator REGON | 200789688 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 Al. 1000-lecia Państwa Polskiego 10/21A | | |
| telefon/ telefony: | 733002717 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 12 | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-111 KEN 1A | | |
| telefon/ telefony: | 733002717 | | **10** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-28 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWO-WIDOWISKOWA SUWAŁKI ARENA | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Zarzecze 26 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 733002717 | | **10** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-07-05 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 213** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **J.Sawicka i Partnerzy - Spółka Lekarzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-402 Aleksandra Putry 9 | | |
| telefon/ telefony: | 875671060 | | |
| identyfikator REGON | 791008598 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-402 Aleksandra Putry 9 | | |
| telefon/ telefony: | 875677365 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 214** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarzy "ESKULAP" Nowacki i Partnerzy** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 875630833 | | |
| identyfikator REGON | 791068689 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Ludwika Waryńskiego 27 lok. 48 | | |
| telefon/ telefony: | 875630834 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 215** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **A&J Rodzinne Centrum Medyczne** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 1 Maja 25 | | |
| telefon/ telefony: | 501493857 | | |
| identyfikator REGON | 200664432 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Rodzinne Centrum Medyczne | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 1 Maja 25 | | |
| telefon/ telefony: | 875682700 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 216** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarzy "POLI-MED" Chrościelewska, Kozłowska, Marcinkowska Spółka Partnerska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Generała Kazimierza Pułaskiego 26 A | | |
| telefon/ telefony: | 875671066 | | |
| identyfikator REGON | 200108582 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Generała Kazimierza Pułaskiego 26 A | | |
| telefon/ telefony: | 875671022 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 217** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Spółka Lekarska "UNIMED" Jurska, Gasparska, Zdrodowski - Spółka Partnerska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| identyfikator REGON | 200104992 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 218** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKMED" Zdzisława Gołębiewska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | |
| identyfikator REGON | 450166309 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | - | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Białostocka 24 | | |
| telefon/ telefony: | 862713902 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 219** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-652 Samochodowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 225856265 | | |
| identyfikator REGON | 146394164 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ambulatorium ogólne | - | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-535 Żurawia 69 | | |
| telefon/ telefony: | 856549405 | | |
| Data dodania do wykazu | 2021-03-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 220** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Barbara Grażyna Gębala-Jarocka** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Kazimierza Pułaskiego 2A | | |
| telefon/ telefony: | 862713699 | | |
| identyfikator REGON | 450165623 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Wyszyńskiego 6b | | |
| telefon/ telefony: | 862713699 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 221** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **MED Fire Łukasz Wolszczuk** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-274 Jerzego Waszyngtona 18/35 | | |
| telefon/ telefony: | 735856999 | | |
| identyfikator REGON | 368036412 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowo-szczepienny | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Cmentarna 14 lok. 1 (parter) | | |
| telefon/ telefony: | 735856999 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-08 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 222** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Gabinet Lekarza Rodzinnego Adam Kulesza** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 728569865; 862713565 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 450169970 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza Rodzinnego Adam Kulesza | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zambrów 18-300 Fabryczna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 728569865; 862713565 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-13 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 223** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Marii Curie Skłodowskiej 2 | | |
| telefon/ telefony: | 862166703 | | |
| identyfikator REGON | 450199332 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - WOJEWÓDZKI OSRODEK PROFILAKTYKI I TERAPII UZALEŻNIEŃ | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Marii Curie Skłodowskiej 1 | | |
| telefon/ telefony: | 862166703 | | **5** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-22 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 224** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Szosa Zambrowska 1/19 | | |
| telefon/ telefony: | 862166215 | | |
| identyfikator REGON | 450192689 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - GMINNA HALA SPORTOWA W PIĄTNICY | - | **PSP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piątnica 18-421 Szkolna 29 | | |
| telefon/ telefony: | 789286136; 784555009 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-04-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-09-09 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 225** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **GEMINI PHARM SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia 81-368 Świętojańska 16 | | |
| telefon/ telefony: | 875662594 | | |
| identyfikator REGON | 363362986 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 1 Maja 6 | | |
| telefon/ telefony: | 875662594 | | **4** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 226** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **APTEKA GEMINI HUTTER SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo 84-202 Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 876431852 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini Hutter Sp. z o.o. | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Wojska Polskiego 53 | | |
| telefon/ telefony: | 876431852 | | **4** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 227** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **CITO KIERNOZEK GRABOWSKI SPÓŁKA JAWNA** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-794 Gajowa 59C | | |
| telefon/ telefony: | 856510958 | | |
| identyfikator REGON | 382882231 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-794 Gajowa 59C | | |
| telefon/ telefony: | 856510958 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-24 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 228** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **DCS Farmacja Sp. z o. o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60A | | |
| telefon/ telefony: | 513714132 | | |
| identyfikator REGON | 362016986 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Dr Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna Białostocka 16-020 Torowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | 513714132 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 229** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **APTEKA "MEDICINES" ANNA KOSSAKOWSKA-RYKACZEWSKA, BOŻENA PONIAT-SAWICKA S.C.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 10/7 | | |
| telefon/ telefony: | 862181757 | | |
| identyfikator REGON | 451201232 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Medicines | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 10/7 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 862181757 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 230** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PHARMACON SP. Z O.O. SP.K.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruda Śląska 41-709 Niedurnego 83 | | |
| telefon/ telefony: | 856763892 | | |
| identyfikator REGON | 060583288 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr.Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-950 Fabryczna 22 | | |
| telefon/ telefony: | 856763892 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 231** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **BARBARA PIKULIŃSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolno 18-500 1 Maja 4 | | |
| telefon/ telefony: | 862245090 | | |
| identyfikator REGON | 383488170 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA NA DOBRE ZDROWIE | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mały Płock 18-516 Potocznego 7a | | |
| telefon/ telefony: | 862245090 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-06-28 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 232** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **JOANNA NAZARKO-SADOWSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-281 Legionowa 30/3 | | |
| telefon/ telefony: | 857423095 | | |
| identyfikator REGON | 200073056 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Apteka Pod Gryfem | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-281 Legionowa 30/3 | | |
| telefon/ telefony: | 857423095 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 233** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **GROFARM SPÓŁKA JAWNA GROMADA I WSPÓLNICY** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-430 Przejazd 2A lok 4 | | |
| telefon/ telefony: | 577238111 | | |
| identyfikator REGON | 200121358 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Rodzinna | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-845 Antoniukowska 56/16 i 17 | | |
| telefon/ telefony: | 577238111 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 234** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **APTEKI RODZINNE PAWEŁ KOZIOŁ SPÓŁKA JAWNA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Sybiraków 20B/1A | | |
| telefon/ telefony: | 787602020 | | |
| identyfikator REGON | 200850732 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Nowa Apteka Rodzinna Epidauros | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 ul. Księżnej Anny 29 lok 1 | | |
| telefon/ telefony: | 787602020 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 235** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Apteka Prywatna Paweł Kozioł** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Staffa 14/4 | | |
| telefon/ telefony: | 530373700 | | |
| identyfikator REGON | 791055534 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Prywatna Paweł Kozioł | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowogród 18-414 Miastkowska 12 | | |
| telefon/ telefony: | 530373700 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 236** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Apteka Prywatna Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ruda Śląska 41-709 Niedurnego 83 | | |
| telefon/ telefony: | 857420513 | | |
| identyfikator REGON | 360728116 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr.Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-369 Bema 2 | | |
| telefon/ telefony: | 857420513 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 237** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Apteka Gemin Hutter Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo 84-200 Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 875650082 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini | | **APT** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Noniewicza 93A | - | APT |
| telefon/ telefony: | 875650082 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-09 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 238** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **AGNIESZKA SIWIK-KARWOWSKA** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-203 KONSTYTUCJI 3-GO MAJA 2/10 | | |
| telefon/ telefony: | 862723875 | | |
| identyfikator REGON | 450212185 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DOZ APTEKA.DBAM O ZDROWIE NATURA | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Konstytucji 3 Maja 2/10 | | |
| telefon/ telefony: | 862723875 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-16 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 239** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Grupa Ratownicza Nadzieja** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Przykoszarowa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 600100406 | | |
| identyfikator REGON | 451201479 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień Nadzieja | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Przykoszarowa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 600100692 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-07-30 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM HANDLOWYM VENEDA | | **POP** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Zawadzka 38 | - | |
| telefon/ telefony: | 606246522 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-13 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 240** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **APTEKA GEMINI HUTTER SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo 84-202 Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 784534392 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Staffa 24 | | |
| telefon/ telefony: | 784534392 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 241** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-672 Domaniewska 48 | | |
| telefon/ telefony: | 858751780 | | |
| identyfikator REGON | 016317049 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Super-Pharm | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-265 Czesława Miłosza 2 | | |
| telefon/ telefony: | 858751780 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-06 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 242** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Farmaceuci Wojcieszek Jurjew SP.J.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA 18-400 ALEJA LEGIONÓW 40 | | |
| telefon/ telefony: | 862184426 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 369709758 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Aleja Łegionów 40 | | |
| telefon/ telefony: | 862184426 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-16 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 243** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **OPT SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-325 KAWALERYJSKA 52 lok 1 | | |
| telefon/ telefony: | 537535539 | | |
| identyfikator REGON | 366002395 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA NA KAWALERYJSKIEJ | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-325 KAWALERYJSKA 52 lok 1 | | |
| telefon/ telefony: | 537535539 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-16 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 244** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Apteka „GEMINI" Hutter Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wejherowo 84-202 Harcerska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 862728654 | | |
| identyfikator REGON | 192971708 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grajewo 19-200 Wojska Polskiego 50 | | |
| telefon/ telefony: | 862728654 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-19 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 245** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Medola Centrum Medyczne Sidor Bagiński Spółka Jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-732 Choroszczańska 24 | | |
| telefon/ telefony: | 533323420 | | |
| identyfikator REGON | 360478501 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień COVID | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-732 Choroszczańska 24 | | |
| telefon/ telefony: | 533338523 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 246** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ewa Sadowska – Czmak** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10/40 | | |
| telefon/ telefony: | 695996650 | | |
| identyfikator REGON | 050582411 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień COVID - Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ewa Sadowska – Czmak | **-** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10/40 | | |
| telefon/ telefony: | 695996650 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 247** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **PRAKTYKA LEKARSKA MAREK SZYMCZYK** | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bakałarzewo 16-423 Kozia 1 | | |
| telefon/ telefony: | 875694006 | | |
| identyfikator REGON | 790311350 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Szczepienny Stacjonarny Bakałarzewo | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bakałarzewo 16-423 Kozia 1 | | |
| telefon/ telefony: | 875694006 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-27 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 248** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **HELLEX SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLEOSIN 16-001 ZAMBROWKSA 18 | | |
| telefon/ telefony: | 535353841 | | |
| identyfikator REGON | 302858522 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Bliska Apteka | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-168 Wysockiego 67/A5-A6 | | |
| telefon/ telefony: | 535353841 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-08-31 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 249** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **BS PHARM E. Szyszkowska K. Broszko Spółka Jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-095 PLAC BANKOWY 2 | | |
| telefon/ telefony: | 877391342 | | |
| identyfikator REGON | 382758146 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Super-Pharm Apteka | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Józefa Dwernickiego 15/103 | | |
| telefon/ telefony: | 877391342 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 2021-09-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 250** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **DCS Farmacja Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60A | | |
| telefon/ telefony: | 857115234 | | |
| identyfikator REGON | 362016986 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokółka 16-100 Grodzieńska 6a | | |
| telefon/ telefony: | 857115234 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 251** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Polifarm sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBLIN 20-147 AL. SPÓŁDZIELCZOŚCI PRACY 78 | | |
| telefon/ telefony: | 736697803 | | |
| identyfikator REGON | 015778825 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Piłsudskiego 27 | | |
| telefon/ telefony: | 736697803 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 252** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **L.J.STANKIEWICZ SP.J.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-027 Ogrodowa 19 | | |
| telefon/ telefony: | 662219786 | | |
| identyfikator REGON | 200055118 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Apteka Pod Lwem | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-017 Łąkowa 3 lok. U 1 | | |
| telefon/ telefony: | 696072256 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 253** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **CEFARM Białystok S.A.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-691 KLEEBERGA 34 | | |
| telefon/ telefony: | 856642030 | | |
| identyfikator REGON | 000289472 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA CEF@RM 36,6 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-950 Sienkiewicza 71/73 | | |
| telefon/ telefony: | 856642030 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 254** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Cito Kiernozek Grabowski Sp. J.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-794 GAJOWA 59 C | | |
| telefon/ telefony: | 856632874 | | |
| identyfikator REGON | 382882231 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-270 Wojskowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 856632874 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-21 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 255** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **PROTEKTOR MICHAŁ BRAKONIECKI** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-203 KONSTYTUCJI 3 MAJA 17 | | |
| telefon/ telefony: | 862723691 | | |
| identyfikator REGON | 451090399 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA ARNIKA | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200 KONSTYTUCJI 3-GO MAJA 17 | | |
| telefon/ telefony: | 862723691 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 256** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **DCS FARMACJA SP. Z O.O.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60A | | |
| telefon/ telefony: | 856884888 | | |
| identyfikator REGON | 362016986 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA DR. MAX | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA 16-200 PLAC KOSCIUSZKI 3 | | |
| telefon/ telefony: | 856884888 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-26 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 257** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Centrum Medyczne Dojlidy Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-531 Niedźwiedzia 69 | | |
| telefon/ telefony: | 601889296 | | |
| identyfikator REGON | 050669081 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CM Dojlidy | | **POR** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-531 Niedźwiedzia 69 | - | POP |
| telefon/ telefony: | 857325244 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-30 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 258** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Gabinet Lekarza Rodzinnego Mariola Jadwiga Aleksandrowicz** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-365 Pogodna 11D/2 | | |
| telefon/ telefony: | 603702495 | | |
| identyfikator REGON | 050679688 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH MARIOLA JADWIGA ALEKSANDROWICZ | - | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-365 Pogodna 11D/2 | | |
| telefon/ telefony: | 857464099 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-30 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 259** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **"Sokrates Bielsk" Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łódź 94-406 Kinga C. Gillette 11 | | |
| telefon/ telefony: | 736697802 | | |
| identyfikator REGON | 200775338 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bielsk Podlaski 17-100 Mickiewicza 31 | | |
| telefon/ telefony: | 736697802 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 260** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Dyżurna Mława Farm 5 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Jawna** | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieruń Stary 43-150 Chemików 3 | | |
| telefon/ telefony: | 500539271 | | |
| identyfikator REGON | 364366851 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Augustów 16-300 Mostowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 500539271 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 261** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **BRL Center Polska Sp. z o. o** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60 A | | |
| telefon/ telefony: | 862185147 | | |
| identyfikator REGON | 932836174 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-402 Piłsudskiego 33 | | |
| telefon/ telefony: | 862185147 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-02 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 262** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Biała sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBLIN 20-147 AL. SPÓŁDZIELCZOŚCI PRACY 78 | | |
| telefon/ telefony: | 736697799 | | |
| identyfikator REGON | 120305815 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-064 Pałacowa 4/2L | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 736697799 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 263** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Medea. Sp. z o o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice 40-058 Marii Skłodowskiej Curie 22/23 | | |
| telefon/ telefony: | 875657279 | | |
| identyfikator REGON | 146765005 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Kościuszki 103 | | |
| telefon/ telefony: | 875657279 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 264** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Medea 3 Sp. z o o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław 54-613 Krzemieniecka 60a | | |
| telefon/ telefony: | 856822073 | | |
| identyfikator REGON | 361207968 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dr. Max | **-** | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hajnówka 17-200 Piłsudskiego 10 | | |
| telefon/ telefony: | 856822073 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-15 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 265** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Farminvent Sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wizna 18-430 Pl. Kpt. Władysława Raginisa 5 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 862162458 | | |
| identyfikator REGON | 367113116 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Zdrowie i Uroda | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wizna 18-430 Pl. Kpt. Władysława Raginisa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 862162458 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 266** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **BRATEK 2 sp. z o.o.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łódź 94-406 Kinga C. Gillette 11 | | |
| telefon/ telefony: | 736697800 | | |
| identyfikator REGON | 281632707 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Dbam o Zdrowie | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-277 Świętojańska 15/H9 | | |
| telefon/ telefony: | 736697800 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-23 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 267** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | **Acer Nowakowscy Spółka Jawna** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 664556079 | | |
| identyfikator REGON | 451208079 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Acer | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Piłsudskiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 664556079 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 2022-01-04 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 268 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Bożenna Nowakowska** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Kazańska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 604099798 | | |
| identyfikator REGON | 004257842 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Acer | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łomża 18-400 Aleja Legionów 23 | | |
| telefon/ telefony: | 604099798 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 2022-01-04 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 269 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | **Cefarm Białystok S.A.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-691 Kleeberga 34 | | |
| telefon/ telefony: | 857406961 | | |
| identyfikator REGON | 000289472 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA CEF@RM 36,6 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białystok 15-201 Warszawska 79 | | |
| telefon/ telefony: | 857406961 | | 6 |
| Data dodania do wykazu | 2022-01-04 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA CEF@RM 36,6 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Suwałki 16-400 Młynarskiego 9 | | |
| telefon/ telefony: | 875671341 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 2022-01-04 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS - wyjazdowy punkt szczepień, APT - punkt szczepień w aptece ogólnodostępnej