Załącznik do aneksu nr 108 z dnia 28 stycznia 2021 r. do Porozumienia z dnia 9 marca 2020 r.
Załącznik

# część I

## Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie Wielkopolski, z dnia 31.01.2021 r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3. | | | | | | | | | IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 877 95 33 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306331 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | IV |
| nazwa: | Oddział Zakaźny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 843 92 95 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Chorób Wewnętrznych | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 29 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 798844065 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Okulistyczny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87 39 461 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 93 52 lub 61 873 93 53 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Reumatologii i Osteoporozy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Neurologii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 22 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej, Laparoskopowej i Endokrynologicznej | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 55 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 26 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Neurochirurgii | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 75 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Kardiologiczny | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 93 92, 502-346-300 (Pracownia Hemodynamiki) | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Leczenia Udarów Mózgu z Pododdziałem Neurologii | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 91 48 (144) | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 13 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Oddział Urologii z Pododdziałami: Urologii Onkologicznej, Endoskopowego Leczenia Kamicy Układu Moczowego | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 29 (230) | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 14 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Oddział Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych z Pododdziałami: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Leczenia Oparzeń, Chirurgii Plastyczno-Rekonstrukcyjnej, Rekonstrukcji Naczyń | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 873 92 58 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 15 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Oddział Kardiochirurgii z Salami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87-39-253, 294 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 16* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | IZOLATORIUM hotel IKAR | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-736 Poznań, ul. Solna 18, | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 65 87 100 lub 221 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 17* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 87 39 436 lub 61 8739 432 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 18* | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | IZOLATORIUM hotel MOXY | | | X | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-189 Poznań, ul. Bukowska 303 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 877 95 33 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | |
| telefon/ telefony: | 61 849 12 00 | | |
| identyfikator REGON | 000288863 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Oddział VIII Chorób Zakaźnych i Neurologii, Pediatryczny | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 907 994 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 849 12 00 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. DR. ROMANA OSTRZYCKIEGO W KONINIE | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | |
| telefon/ telefony: | 63 24-04-000 | | |
| identyfikator REGON | 000311591 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny z Pododdziałem Zakaźnym Dziecięcym | | X | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 240 44 02 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 24 04 603 lub 604 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 * | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 725 720 037 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM.LUDWIKA PERZYNY W KALISZU | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 765 13 56 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300224440 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | Oddział Chorób Zakaźnych | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Toruńska 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 757 91 94 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 756 12 77 lub 72 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606 917 093 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 841 92 73 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288840 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | III |
| nazwa: | Oddział Izolacyjny Położniczo - Ginekologiczny | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 92 25 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział Izolacyjny Noworodka II | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 93 41; 61 841 94 58 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 841 92 25 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. z o.o. | | | | | | | | | I, II i III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 22 74 104 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639635360 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | III |
| nazwa: | Oddział obserwacyjno - zakaźny | | X psychia-tryczne | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22 74 522 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 831 27 10 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | X | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22 74 104 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | | II i III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 854 90 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288828 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 85 49 243 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-806 Poznań, ul. Rokietnicka 8 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 61 845 27 50 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | III |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 84 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 854 90 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-245 Poznań, Os.Rusa 55 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 854 90 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII IM. EUGENII I JANUSZA ZEYLANDÓW | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 665-43-10 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631250369 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | X | | | |
| telefon/ telefony | 61 66 54 284 lub 325 lub 222 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 22 45 329 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 665-43-10 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | UNIWERSYTECKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 854 73 47, 61 854 70 11 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302639004 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ I PERIODONTOLOGII Świadczenia stomatologiczne **w podmiocie leczniczym** | | | | | X **zgodnie z przyjętym harmonogramem** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 787 780 177 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKłODOWSKIEJ-CURIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866, ul. Garbary 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 88 50 700 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291204 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866 ul. Garbary 15 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 061 88 50 503 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866 ul. Garbary 15 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 88 50 700 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLSZTYNIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (68) 347 73 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 970 773 426 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 68 347 73 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 731 742 839 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (68) 347 73 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 262 61 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 00308554 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 632 626 176 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 605 502 207 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 262 61 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 322 68 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 411 050 155 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 65 572 67 00 wew 241 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 65 322 68 41; 782 414 998 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 322 68 34 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)44-45-523 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317760 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 0-61 44 36 528 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061)44-45-523 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 722 320 235 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI IM. FRANCISZKA RASZEI | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 061 848-10-11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 313325 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 061848-10-11 w.343 w.214 w.334 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 061 848-10-11 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań nr 1 - dla pacjentów pieszych | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Bułgarska 17, 60-381 Poznań | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 790 660 663 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań nr 2 - dla pacjentów przyjeżdzajacych samochodem | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Bułgarska 17, 60-381 Poznań | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 612 245 435 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 655120855; 602529276 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 411051999 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 65 512-08-55 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 655120855; 602529276 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 65 512 08 55 wew.425 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY W WOLICY K.KALISZA | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-WOLICA 113 poczta GODZIESZE MAŁE | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 761-25-00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314750 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-WOLICA 113 poczta GODZIESZE MAŁE | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 72 89 47 950 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-WOLICA 113 poczta GODZIESZE MAŁE | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 761-25-00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872-WOLICA 113 poczta GODZIESZE MAŁE | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 62 761 25 09 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU | | | | | | | | | nie dotyczy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ-STARE MIASTO, KRYSIEWICZA 7/8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)85-20-458 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630863147 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ-STARE MIASTO, KRYSIEWICZA 7/8 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 850 62 60 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MŁYŃSKA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (062)58-80-390 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310226 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MICKIEWICZA 21 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 062 588 04 04 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 Krotoszyn, ul. Bolewskiego 4-8 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 690 446 430 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MŁYŃSKA 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (062)58-80-390 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O. | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 067 286-26-22 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301457850 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 067 286-98-42 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 67 210 98 42 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 067 286-26-22 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKI OŚRODEK REUMATOLOGICZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚREMIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 22-46-300 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630833353 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 22 46 300 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 22-46-300 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH "DZIEKANKA" IM. ALEKSANDRA PIOTROWSKIEGO W GNIEŹNIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 423-85-00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291368 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 42 38 537 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 423-85-00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (067)35-28-170 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308525 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 94 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 67 35 28 098 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 67 352 80 98 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (067)35-28-170 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 67 35-23-100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308583 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, SIKORSKIEGO 9 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 067-35-23-200, 35-23-201 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, SIKORSKIEGO 9 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 35-23-100 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBORNIKACH | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)29-73-600 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306609 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 29 73 685 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 61 29 73 685 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061)29-73-600 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (67)26-32-233 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300009 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalany Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 067-2632233 w.474 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (67)26-32-233 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 503 001 764 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁUPCY | | | | | | | | | II i III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 063 275 23 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306621 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 063 2752300 wew. 384 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 063 2752300 wew. 329, 374 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 063 275 23 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | | | | | | | M | |
| telefon/ telefony | 063 275 23 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Oddział ginekologiczno- położniczy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 063 275 23 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | III |
| nazwa: | Oddział noworodkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 063 275 23 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, POZNAŃSKA 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 44 27 300 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639820004 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 61 44 27 300 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, SIENKIEWICZA 3 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 509 110 812 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, POZNAŃSKA 30 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 44 27 300 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (0 62) 50 32 236 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310255 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 62 50 32 201 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (0 62) 50 32 236 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 4264461; 61 2228300 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000315123 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, 3 MAJA 37/39 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 6 1 222 81 69 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Strumykowa 8, 62-200 Gniezno (Parking Miejski) | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 505 469 557 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 4264461; 61 2228300 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (0-62) 595-11-11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314187 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 625951300, 625951315 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 64, 63-400 Ostrów Wlkp. (parking przy Stadionie Miejskim) | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 781 944 966 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (0-62) 595-11-11 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | X | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (0 62) 595 13 21 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | | | | | | | M | |
| telefon/ telefony | (0-62) 595-11-11 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 672 106 204 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001261820 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalany Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 67 21 06 582, 590 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 67 21 06679 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 672 106 204 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI W POZNANIU | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 82-12-200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292209 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 82 12 364 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 61 82 12 557 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 82-12-200 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY SZPITAL KLINICZNY IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM.KAROLA MARCINKOWSKIEGO | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)83-10-331 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288857 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | (061) 831-03-69 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061)83-10-331 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYCHODZIE | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 95 748 20 11 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310249 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 957 482 011 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 668 006 138 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 95 748 20 11 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 POZNAŃ, PRZYBYSZEWSKIEGO 49 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)86-91-100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000288834 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 POZNAŃ, PRZYBYSZEWSKIEGO 49; 60-780 Poznań , ul. Grunwaldzka 16/18 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 869 17 34, 61 854 78 04 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Medyczne Laboratorium Diagnostyczne: Zakład Mikrobiologii Lekarskiej | | | | | | | | S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-806, ul. Rokietnicka 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 845-27-50 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 POZNAŃ, PRZYBYSZEWSKIEGO 49 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061)86-91-100 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (67) 2681500 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306638 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | (67) 2681608 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 693 008 893 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (67) 2681500 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL ŚREDZKI SERCA JEZUSOWEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061)28-54-031 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308560 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 061 28540-31 w.250 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 798 952 698 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061)28-54-031 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF.LUDWIKA BIERKOWSKIEGO | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618 464 500 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631178710 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 6 1846 46 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 61 846 46 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 618 464 500 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (061) 29-27-101 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000553822 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 29 27 150 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 501 601 558 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (061) 29-27-101 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (61)4370603 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300706140 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 61 437 05 90 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (61)4370603 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 530 013 174 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL W PUSZCZYKOWIE IM. PROF. S.T. DĄBROWSKIEGO SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 507018440 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 634552438 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 60 89 84 003 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 507018440 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | "PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE" SP. Z O.O. | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 062-74-20-900 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300770088 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | (62) 74 20 888 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Gabinet przy SOR | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | (62) 74 20-860 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 062-74-20-900 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Wyjazdowy zespół wymazowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a | | | | | | | | M | |
| telefon/ telefony | 062-74-20-900 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 065-546-24-13 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300904130 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 65 546 24 13 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Budynek Centrum Rehabilitacji - Gabinet zabiegowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 519 171 452; 65 537 62 81 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 065-546-24-13 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 623322183 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301415604 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 62-332-2183 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 623322183 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 62 33 22 341 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Instytut Mikroekologii Sp. z o.o. & Co. Sp. Komandytowa | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-129 Poznań, ul. Sielska 10 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 518 680 662 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300313899 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-129 Poznań, ul. Sielska 10 | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 518 680 662 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Ratownictwo Medyczne "Wawrzyniak" S.C | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Al. Wolności 1A, 63-500 Ostrzeszów | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601 838 595 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300493401 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Al. Wolności 1A, 63-500 Ostrzeszów | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 601 838 595 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Medycznej sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Dobra 38a, 60-595 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 574 795 216 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300668929 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Dobra 38a, 60-595 Poznań | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 574 795 216 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | genXone S.A. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kobaltowa 6, Złotniki, 62-002 Suchy Las | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608 582 098 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 362943497 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Mickiewicza 2, 60-834 Poznań | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 608 582 098 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Diagnostyka Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Serbska 7, 61-696 Poznań (Parking Tesco) | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 663 690 024 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Majkowskiego 13a, 62-800 Kalisz | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 62 598 65 50, 62 766 38 36 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szwajcarska 14 (parking pasażu M1), 61-285 Poznań | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 797 108 758 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Kamed Lekarze Rodzinni K. Czwojda Spółka Jawna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Morasko 25D, 61-680 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 585 858 800 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360583043 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Obornicka 227, 60-650 Poznań | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 585 858 800 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Centra Genetyki Medycznej GENESIS sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609 436 437 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631002980 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Słowiańska 53b/L3, 61-664 Poznań | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 609 436 437 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Stefana Jaracza 85, 90-244 Łódź | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 519 062 514 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 472053806 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Wojska Polskiego 12, 63-400 Ostrów Wielkopolski | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 519 062 514 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Gnieźnieńska 10a/7, 62-300 Września | | | | | | | | S |
| telefon/ telefony | 61 222 45 20, 519 062 578 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Trans Medica Sebastian Dudek | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rynek 10, 62-300 Września | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 518 055 666 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631262852 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rynek 10, 62-300 Września | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 518 055 666 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Alab laboratoria Sp. z o.o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 512 918 804 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 008105218 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | **S** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Rzeczna 2, 62-030 Luboń | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 512 918 804 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | INTCAMP Sp. z o. o. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 31/101, 56-400 Oleśnica | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 501 501 962 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 146942080 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. 11 listopada 20, 62-800 Kalisz | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 501 501 962 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Matejki 63, 60-771 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 501 501 962 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM REHABILITACYJNE IM. PROF. MIECZYSŁAWA WALCZAKA W OSIECZNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-113 OSIECZNA, UL. ZAMKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | (065) 520 34 95 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 410386551 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Izolatorium | | | **x** | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-113 OSIECZNA, UL. ZAMKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | (065) 520 34 95 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej Spółka Akcyjna | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kazimierza Wielkiego 24/26, 61-863 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 663 001 291 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631255600 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | **S** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ojca Mariana Żelazka 1 (przy lodowisku "Chwiałka"), 61-553 Poznań | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 663 001 291 | | | | | | | | |

**ZAPOTRZEBOWANIE NA TRANSPORT SANITARNY NALEŻY ZGŁOSIĆ POD NUMEREM TEL.: 987**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 67 282 92 21 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308519 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY | 1 zespół | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 067 282 05 70 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 672826712 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 67 282 92 21 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK ul. PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 280 55 08 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000300050 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU | 1 zespół | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 63-280-55-74 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 789 448 551 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 63 280 55 08 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7<br>63-600 KĘPNO | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62 782 73 09 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000308548 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE | 1 zespół | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 627 827 333 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | PORADNIA LECZENIA PŁUC I GRUŹLICY | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 605 359 106 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 62 782 73 09 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Wyjazdowy zespół wymazowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-600 KĘPNO ul. Szpitalna 7 | | | | | | | | M | |
| telefon/ telefony | 62 782 73 09 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 65 525 31 13 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310232 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE | 1 zespół | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIEPURY 45, 64-100 LESZNO | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 65 52 53 500 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań Materiału Biologicznego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 65 52 53 186 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 65 525 31 13 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10<br>60-346 POZNAŃ | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 864 88 12 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639686132 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU | 2 zespoły | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10<br>60-346 POZNAŃ | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1<br>63-100 ŚREM | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 281 54 43 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301778672 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | X | | |
| telefon/ telefony | 612 815 618 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL CHEŁMOŃSKIEGO 1 | | | | | | | | S | |
| telefon/ telefony | 516 952 700 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | I i II |
| nazwa: | Leczenie szpitalne | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1, 63-100 ŚREM | | X | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 61 281 54 43 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1<br>62-510 KONIN | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 63 245 19 51 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001347154 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1<br>62-510 KONIN | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ARTUR OBST NZOZ Obst Ambulans Union - Ratownictwo Medyczne | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-608 Parkowo, Parkowo 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61-29-64-134 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630375057 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- ODDZIAŁ OBORNIKI | **4 zespoły** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 Oborniki ul. Łukowska 12 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- Ratownictwo Medyczne | **1 zespół** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-772 Poznań ul. Jana Matejki 68 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3*** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- Ratownictwo Medyczne | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Łukowska 12, 64-600 Oborniki - Zespół Wymazowy Oborniki nr tel 500-471-483 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- Ratownictwo Medyczne | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Łukowska 12, 64-600 Oborniki - Zespół Wymazowy Czarnków nr tel 500-472-034 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | OBST AMBULANS UNION- Ratownictwo Medyczne | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Czarnoleska 56, 64-100 Leszno - Zespół Wymazowy Leszno - nr tel 500-471-743 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MS MEDIK NZOZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-129 Poznań, ul. Małachowskiego 41/5 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 506 649 079 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 38433884000012 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | MS MEDIK NZOZ | **1 zespół** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-020 Swarzędz, ul. Cieszkowskiego 88 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | MS MEDIK NZOZ | **1 zespół** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-020 Swarzędz, ul. 3 maja 56 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | MS MEDIK NZOZ | | | | | | | | **M** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-020 Swarzędz, ul. 3 maja 56 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | MS MEDIK NZOZ | | | | | | | | **S** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Poznańska 14, 62-020 Swarzędz | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 880 971 109 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Medyktrans | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-810 Borek Wielkopolski, Karolew 17m.3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600 106 089 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 301362931 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | Medyktrans | **1 zespół** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-720 Koźmin Wielkopolski, ul. Jana Pawła II 35 | | | | | | | | |

## Teleporady realizowane poprzez platformę CSIOZ przez lekarzy/lekarzy dentystów/pielęgniarki w ramach podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa wielkopolskiego

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MARIOLA KAROLAK-TOMCZUK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618414785; 618414799 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 639694031 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618414785; 618414799 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MEDKAM ANNA MICHAŁEK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 661203203 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 366044910 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 661203203 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-023 KAMIONKI, UL. PLATANOWA 18 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 661203203 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ PORADNIE SPECJALISTYCZNE MEDICUS S.C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 62530250 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 251603327 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LARYNGOLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 600324731 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA NEUROLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 512114294 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA DERMATOLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 1A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 512022208 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA ANDRZEJ BIŃCZYCKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-012 DOMINOWO, CENTRALNA 8 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 612851950 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630394646 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-012 DOMINOWO, CENTRALNA 8 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612851950 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO PRO-FAMILIA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 602740009 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630833005 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 602740007; 602740009; 696498136; 792621032 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-004 CZERWONAK, UL. DZIAŁKOWA 2 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 602319431 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA BONUS 2001 | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-185 SKÓRZEWO, UL. POZNAŃSKA 74 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 601884200 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302716555 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 22.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-185 SKÓRZEWO, UL. POZNAŃSKA 74 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 601884200 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | UNIWERSYTECKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCYNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O. O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 POZNAŃ, UL. BUKOWSKA 70 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 787780177 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302639004 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 23.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ I PERIODONTOLOGII | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 POZNAŃ, UL. BUKOWSKA 70 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 787780177 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINEGO ALTERIDA-PLUS | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-160 CZAPURY, UL. JODŁOWA 12/1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 888806888 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302582422 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 24.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-312 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. OSTROWSKA 363 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612248032 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 24.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-312 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. OSTROWSKA 363 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612248032 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA ZADOKTORA.PL | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-421 JANKÓW PRZYGODZKI, UL. ŁĄKOWA 44B | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 534287133 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 021828659 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 24.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-410 DANISZYN 127 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 627348488 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ OBST AMBULANS UNION - RATOWNICTWO MEDYCZNE | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-608 PARKOWO 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 612964136 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630375057 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 28.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI UL. ŁUKOWSKA 12 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612964134 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 28.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI UL. ŁUKOWSKA 12 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612964134 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MED-POLONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-693 POZNAŃ, UL. OBORNICKA 262 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 513097296 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300013275 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 28.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-361 POZNAŃ-NOWE MIASTO UL. STAROŁĘCKA 42 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 612275810 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | MEDICOMPLEX DARIUSZ ZIMOWSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-050 MOSINA, UL. KONOPNICKIEJ 33 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618192271 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630755742 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 30.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-050 MOSINA, UL. WAWRZYNIAKA 4 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618192272 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "OGNIK" | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-386 POZNAŃ-GRUNWALD, UL. OGNIK 18 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618674043 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630755742 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 30.04.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-386 POZNAŃ-GRUNWALD, UL. OGNIK 18 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618674043 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA HIPOKRATES | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618420064 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 270531018 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 04.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618420064 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 04.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELEGNIARKI SRODOWISKOWO-RODZINNEJ POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-461 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. LITERACKA 47 A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618420064 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | ALFAMED.PL SP. Z O.O. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-791 POZNAŃ, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 35 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 609466777 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 384903380 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 04.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PODANIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-656 POZNAŃ-STARE MIASTO, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5E/4 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618242203 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 04.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PODANIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-249 POZNAŃ-NOWE MIASTO, UL. STARE ŻEGRZE 14/64B | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 531987531 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO JERZY STĘPIEŃ PANACEUM P.L. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, UL. CIESIELSKA 4 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 673492222 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 811642707 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 07.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW UL. NIEZNANEGO ŻOŁNIERZA 41 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 673492222 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA FAMILIA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 655471266 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302587595 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 15.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 655471266 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | **od 15.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-930 JUTROSIN, UL. ADAMA MICKIEWICZA 8A | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 655471266 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA MICHAŁEK | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-570 RYCHWAŁ,UL.KONIŃSKA 13 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 632457990 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 311016865 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 15.05.2020 r.** | transport sanitarny ** | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-570 RYCHWAŁ,UL.KONIŃSKA 13 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 632457990 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF.LUDWIKA BIERKOWSKIEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ, UL.DOJAZD 34 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618464500 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 631178710 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 15.05.2020 r.** | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | PORADNIA CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ, UL.DOJAZD 34 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618464740 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO EWA KOWALSKA-ANIOŁA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 618414786 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 630965190 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 03.07.2020 r.** | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-846 POZNAŃ-JEŻYCE, UL. KOCHANOWSKIEGO 15 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 618414799 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ USŁUGI STOMATOLOGICZNE JOANNA KAMIŃSKA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, UL. SIEDMIOGÓRA 3 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 663988816 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 300651780 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 23.09.2020 r.** | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | PORADNIA STOMATOLOGICZNA | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW UL. KOŚCIUSZKI 19/1 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 663988816 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-520 GRABÓW NAD PROSNĄ, UL. MICKIEWICZA 1 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 606669244 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 250947289 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | **od 29.09.2020 r.** | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | GABINETY POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-520 GRABÓW NAD PROSNĄ, UL. MICKIEWICZA 1 | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 627305060 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO ORAZ GABINETY SPECJALISTYCZNE LEXMED | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 RÓŻNOWO, UL. STANISŁAWA MONIUSZKI 9 | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 539 830 488 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 302274258 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-603 LUDOMY 1C | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 673 488 309 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-603 LUDOMY 1C | | | | X | | | | |
| telefon/ telefony | 673 488 309 | | | | | | | | |

# część II

| Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO | X |

# część III

| Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |

# część IV

| Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |

# część V

| Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |

# część VI

## Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3 | | |
| telefon/ telefony: | 61 877 95 33 | | |
| identyfikator REGON | 000306331 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3 | | |
| telefon/ telefony | 606243581 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo-Leczniczy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-780 Poznań, ul. Grunwaldzka 16/18 | | |
| telefon/ telefony | 606243581 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 672 106 204 | | |
| identyfikator REGON | 001261820 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Dziecięcy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 PIŁA, RYDYGIERA 1 | | |
| telefon/ telefony | 672106-640, -641, -644 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. DR. ROMANA OSTRZYCKIEGO W KONINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-504 Konin, ul. Szpitalna 45 | | |
| telefon/ telefony: | 63 24-04-000 | | |
| identyfikator REGON | 000311591 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Lekarz Zakładowy (Poradnia medycyny pracy) | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-504 Konin, ul. Szpitalna 45 | | |
| telefon/ telefony | 781103511 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33 | | |
| telefon/ telefony: | 61 849 12 00 | | |
| identyfikator REGON | 000288863 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Lekarz Medycyny Pracy | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33 | | |
| telefon/ telefony | 515105909<br>618491667 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć Pediatrii | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33 | | |
| telefon/ telefony | 515105909<br>618491667 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | |
| telefon/ telefony: | 65 525 31 13 | | |
| identyfikator REGON | 000310232 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 Leszno, ul. Jana Kiepury 45 | | |
| telefon/ telefony | 655253141 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM.LUDWIKA PERZYNY W KALISZU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | |
| telefon/ telefony: | 62 765 13 56 | | |
| identyfikator REGON | 000224440 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79 | | |
| telefon/ telefony | 604114500 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | |
| telefon/ telefony: | 61 841 92 73 | | |
| identyfikator REGON | 000288840 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia medycyny pracy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33 | | |
| telefon/ telefony | 662-047-169 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | |
| telefon/ telefony: | (067)35-28-170 | | |
| identyfikator REGON | 000308525 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-700 CZARNKÓW, KOŚCIUSZKI 96 | | |
| telefon/ telefony | (67) 352 81 32 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 9 | | |
| telefon/ telefony: | 67 35-23-100 | | |
| identyfikator REGON | 000308583 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centralne Laboratorium z Pracownią Immunologii Transfuzjologicznej i Bankiem Krwi | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 9 | | |
| telefon/ telefony | 692 058 928 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Pracownia Endoskopowa | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-980 TRZCIANKA, GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 9 | | |
| telefon/ telefony | 692 058 928 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OBORNIKACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | |
| telefon/ telefony: | (061)29-73-600 | | |
| identyfikator REGON | 000306609 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 OBORNIKI, SZPITALNA 2 | | |
| telefon/ telefony | (61) 29 73 674 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK ul. PODUCHOWNE 1 | | |
| telefon/ telefony: | 63 280 55 08 | | |
| identyfikator REGON | 000300050 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK ul. PODUCHOWNE 1 | | |
| telefon/ telefony | 509555295 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | |
| telefon/ telefony: | (67)26-32-233 | | |
| identyfikator REGON | 000300009 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej (Gabinet zabiegowy) | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 77-400 ZŁOTÓW, SZPITALNA 28 | | |
| telefon/ telefony | 67-263-22-33 wew. 305 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SŁUPCY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 063 275 23 00 | | |
| identyfikator REGON | 000306621 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-400 SŁUPCA, TRAUGUTTA 7 | | |
| telefon/ telefony | 606251592 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | |
| telefon/ telefony: | (061)44-45-523 | | |
| identyfikator REGON | 000317760 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-065 GRODZISK WIELKOPOLSKI, MOSSEGO 17 | | |
| telefon/ telefony | 61 44 36 532 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA KAZIMIERZA HOŁOGI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-300 NOWY TOMYŚL, POZNAŃSKA 30 | | |
| telefon/ telefony: | 61 44 27 300 | | |
| identyfikator REGON | 639820004 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chorób wewnętrznych | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61 44 27 300 | | |
| telefon/ telefony | (61) 44 27 430 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | |
| telefon/ telefony: | (0 62) 50 32 236 | | |
| identyfikator REGON | 000310255 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | |
| telefon/ telefony | (62) 50 32 255 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo - Leczniczy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-500 OSTRZESZÓW, ALEJA WOLNOŚCI 4 | | |
| telefon/ telefony | (62) 50 32 255 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | |
| telefon/ telefony: | 61 4264461; 61 2228300 | | |
| identyfikator REGON | 000315123 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, ŚW. JANA 9 | | |
| telefon/ telefony | 503671751 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | |
| telefon/ telefony: | (0-62) 595-11-11 | | |
| identyfikator REGON | 000314187 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia chirurgiczna | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | |
| telefon/ telefony | 723974602 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, LIMANOWSKIEGO 20/22 | | |
| telefon/ telefony | 723974602 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKI OŚRODEK REUMATOLOGICZNY SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚREMIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | |
| telefon/ telefony: | 61 22-46-300 | | |
| identyfikator REGON | 630833353 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 ŚREM, UL ADAMA MICKIEWICZA 95 | | |
| telefon/ telefony | (61) 22 46 308 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | | |
| telefon/ telefony: | 61 82-12-200 | | |
| identyfikator REGON | 000292209 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Medycyny Pracy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-479 POZNAŃ-JEŻYCE, JURASZÓW 7-19 | **W** | |
| telefon/ telefony | (61) 8212331 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH "DZIEKANKA" IM. ALEKSANDRA PIOTROWSKIEGO W GNIEŹNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | | |
| telefon/ telefony: | 61 423-85-00 | | |
| identyfikator REGON | 000291368 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia zdrowia psychicznego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-200 GNIEZNO, UL. POZNAŃSKA 15 | **W** | |
| telefon/ telefony | 61 423 86 20; 407 863 606 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ORTOPEDYCZNO-REHABILITACYJNY SZPITAL KLINICZNY IM. WIKTORA DEGI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM.KAROLA MARCINKOWSKIEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | | |
| telefon/ telefony: | (061)83-10-331 | | |
| identyfikator REGON | 000288857 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-545 POZNAŃ-WILDA, 28 CZERWCA 1956 135/147 | **W** | |
| telefon/ telefony | 609557321 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2 | | |
| telefon/ telefony: | 61 854 90 00 | | |
| identyfikator REGON | 000288828 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba przyjęć -COVID (Szpital Tymczasowy MTP) | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-734 Poznań, ul. Głogowska 14 | **W** | |
| telefon/ telefony | 786812196 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL MIEJSKI IM. FRANCISZKA RASZEI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | | |
| telefon/ telefony: | 061 848-10-11 | | |
| identyfikator REGON | 313325 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba przyjęć | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-834 POZNAŃ-JEŻYCE, MICKIEWICZA 2 | **W** | |
| telefon/ telefony | 61 22-45-264 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | | |
| telefon/ telefony: | 65 322 68 34 | | |
| identyfikator REGON | 411 050 155 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba przyjęć | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-800 Gostyń, Pl. K. Marcinkowskiego 8/9 | **W** | |
| telefon/ telefony | (065) 322-68-41 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYCHODZIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | | |
| telefon/ telefony: | 95 748 20 11 | | |
| identyfikator REGON | 000310249 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORDNIA LEKARZA POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-400 MIĘDZYCHÓD, SZPITALNA 10 | **W** | |
| telefon/ telefony | 668208303 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 655120855; 602529276 | | |
| identyfikator REGON | 411051999 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opiekuńczo - Leczniczy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, SZPITALNA 7 | | |
| telefon/ telefony | 508560974 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | |
| telefon/ telefony: | 61 22 74 104 | | |
| identyfikator REGON | 639635360 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet zabiegowy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194 | | |
| telefon/ telefony | 61 22 74 144 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | |
| telefon/ telefony: | 63 262 61 00 | | |
| identyfikator REGON | 00308554 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-600 Koło, ul. Ks. J. Poniatowskiego 25 | | |
| telefon/ telefony | 63 26-26-127; 607 907 015 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL KLINICZNY IM. HELIODORA ŚWIĘCICKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 Poznań, ul. Stanisława Przybyszewskiego 49 | | |
| telefon/ telefony: | (061)86-91-100 | | |
| identyfikator REGON | 000288834 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centralna Izba Przyjęć | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-355 Poznań, ul. Stanisława Przybyszewskiego 49 | | |
| telefon/ telefony | 061-869-16-21 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Nocnej i Świątecznej Pomocy Medycznej nr 2 | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-786 Poznań, ul. Grunwaldzka 16/18 | | |
| telefon/ telefony | 061-869-16-21 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | |
| telefon/ telefony: | (67) 2681500 | | |
| identyfikator REGON | 000306638 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-100 WĄGROWIEC, KOŚCIUSZKI 74 | | |
| telefon/ telefony | 67 26 81 512 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL ŚREDZKI SERCA JEZUSOWEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | |
| telefon/ telefony: | (061)28-54-031 | | |
| identyfikator REGON | 000308560 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, ŻWIRKI I WIGURY 10 | | |
| telefon/ telefony | 697 261 169, 609 009 143 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLSZTYNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | |
| telefon/ telefony: | (68) 347 73 00 | | |
| identyfikator REGON | 970 773 426 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wolsztyn 64-200, ul. Wschowska 3 | | |
| telefon/ telefony | (68) 347 74 05 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | |
| telefon/ telefony: | 67 282 92 21 | | |
| identyfikator REGON | 000308519 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centralna Izba Przyjęć | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-800 CHODZIEŻ, ŻEROMSKIEGO 29 | | |
| telefon/ telefony | 509296928 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7, 63-600 KĘPNO | | |
| telefon/ telefony: | 62 782 73 09 | | |
| identyfikator REGON | 000308548 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7, 63-600 KĘPNO | | |
| telefon/ telefony | (62) 78 27 410 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF.LUDWIKA BIERKOWSKIEGO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | |
| telefon/ telefony: | 618 464 500 | | |
| identyfikator REGON | 631178710 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Medycyny Pracy | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE, DOJAZD 34 | | |
| telefon/ telefony | 693899976 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MŁYŃSKA 2 | | |
| telefon/ telefony: | (062)58-80-390 | | |
| identyfikator REGON | 000310226 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-700 KROTOSZYN, MŁYŃSKA 2 | | |
| telefon/ telefony | 62 582 13 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | |
| telefon/ telefony: | (061) 29-27-101 | | |
| identyfikator REGON | 000553822 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-500 SZAMOTUŁY, SUKIENNICZA 13 | | |
| telefon/ telefony | 509609494 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL W PUSZCZYKOWIE IM. PROF. S.T. DĄBROWSKIEGO SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | |
| telefon/ telefony: | 507018440 | | |
| identyfikator REGON | 634552438 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-041 PUSZCZYKOWO, KRASZEWSKIEGO 11 | | |
| telefon/ telefony | 519 610 939 lub 516 443 614 lub 61 89 84 053 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | "SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony: | (61)4370603 | | |
| identyfikator REGON | 300706140 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia /gabinet/ lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-300 WRZEŚNIA, SŁOWACKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony | 614370602 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | "PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE" SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | |
| telefon/ telefony: | 062-74-20-900 | | |
| identyfikator REGON | 300770088 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia internistyczna | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-300 PLESZEW, POZNAŃSKA 125A | | |
| telefon/ telefony | 627420746; 627420713 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | |
| telefon/ telefony: | 065-546-24-13 | | |
| identyfikator REGON | 300904130 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Urazowo-Ortopedyczna | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-900 RAWICZ, GEN. GROTA ROWECKIEGO 6 | | |
| telefon/ telefony | (65) 5376212, 603432435 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | |
| telefon/ telefony: | 067 286-26-22 | | |
| identyfikator REGON | 301457850 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ambulatorium ogólne | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 89-300 WYRZYSK, 22 STYCZNIA 41 | | |
| telefon/ telefony | 600-121-122 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 623322183 | | |
| identyfikator REGON | 301415604 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-200 JAROCIN, SZPITALNA 1 | | |
| telefon/ telefony | (62) 33 22 144 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1, 63-100 ŚREM | | |
| telefon/ telefony: | 61 281 54 43 | | |
| identyfikator REGON | 301778672 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Ambulatorium Ogólne | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1, 63-100 ŚREM | | |
| telefon/ telefony | (61)281-54-85; 664-972-725 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Dom Opieki Pielęgniarskiej „Hanna" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, M. KONOPNICKIEJ 41A | | |
| telefon/ telefony: | 062 591 33 11 | | |
| identyfikator REGON | 251008501 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-400 OSTRÓW WIELKOPOLSKI, M. KONOPNICKIEJ 41A | | |
| telefon/ telefony | 881464618 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej "ELCOR" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, NIEDZIAŁKOWSKIEGO 1 | | |
| telefon/ telefony: | 612 854 838 | | |
| identyfikator REGON | 639611223 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy Jarosławiec 12 | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-000 Jarosławiec, Jarosławiec 12 | | |
| telefon/ telefony | 601221013 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ARS MEDICAL Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 Piła, Al.Wojska Polskiego 43 | | |
| telefon/ telefony: | 67 211 99 40 | | |
| identyfikator REGON | 572069224 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 Piła, Al.Wojska Polskiego 43 | | |
| telefon/ telefony | 604965202 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2*** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-920 Piła, Al.Wojska Polskiego 43 | | |
| telefon/ telefony | 604965202 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SALUS+ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-800 KALISZ, ZAGORZYNEK 34 | | |
| telefon/ telefony: | 508 100 955 | | |
| identyfikator REGON | 382500519 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZY Z MIEJSCAMI DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-100 Śrem, ul. Józefa Chełmońskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 791-521-521 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ SALUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-800 KALISZ, ZAGORZYNEK 34 | | |
| telefon/ telefony: | 62 501 24 34 | | |
| identyfikator REGON | 386846077 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO- OPIEKUŃCZY | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-800 KALISZ, ZAGORZYNEK 34 | | |
| telefon/ telefony | 791-521-521 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY I REHABILITACJI MEDYCZNEJ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-044 POZNAŃ, UL. MOGILEŃSKA 42 | | |
| telefon/ telefony: | (061)8738-700 | | |
| identyfikator REGON | 631137029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Opiekuńczo-Leczniczy | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-044 POZNAŃ, UL. MOGILEŃSKA 42 | | |
| telefon/ telefony | 662030675 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-005 OWIŃSKA, UL. CYSTEREK 5 | | |
| telefon/ telefony | 662030675 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-044 POZNAŃ, UL. MOGILEŃSKA 42 | | |
| telefon/ telefony | 662030675 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY W WOLICY K.KALISZA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872 GODZIESZE WIELKIE, WOLICA 113 | | |
| telefon/ telefony: | (62)7612500 | | |
| identyfikator REGON | 000314750 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-872 GODZIESZE WIELKIE, WOLICA 113 | | |
| telefon/ telefony | 606722674 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 50-417 WROCŁAW, GEN.ROMUALDA TRAUGUTTA 57/59 | | |
| telefon/ telefony: | 655 719 054 | | |
| identyfikator REGON | 301277131 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 63-820 PIASKI, OS. MARYSIN 1 | | |
| telefon/ telefony | 516 724 463 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Medicare Polska S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-100 LESZNO, JANA OSTROROGA 8A | | |
| telefon/ telefony: | 515036195 / 515036159 | | |
| identyfikator REGON | 411122877 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „Niezapominajka" | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-130 RYDZYNA, DĄBCZE 25 | | |
| telefon/ telefony | 515036159 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866, ul. Garbary 15 | | |
| telefon/ telefony: | 61 88 50 700 | | |
| identyfikator REGON | 000291204 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Zakładowa | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866, ul. Garbary 15 | | |
| telefon/ telefony | 604-893-764 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII IM. EUGENII I JANUSZA ZEYLANDÓW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | |
| telefon/ telefony: | 61 665-43-10 | | |
| identyfikator REGON | 631250369 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62 | | |
| telefon/ telefony | 601152522 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WIELKOPOLSKIE CENTRUM NEUROPSYCHIATRYCZNE IM. OSKARA BIELAWSKIEGO W KOŚCIANIE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, PL. PADEREWSKIEGO 1A | | |
| telefon/ telefony: | (65)5115100 | | |
| identyfikator REGON | 411049324 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-000 KOŚCIAN, PL. PADEREWSKIEGO 1A | | |
| telefon/ telefony | 603762766 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W POZNANIU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ-STARE MIASTO, KRYSIEWICZA 7/8 | | |
| telefon/ telefony: | (061)85-20-458 | | |
| identyfikator REGON | 630863147 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć I | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-825 POZNAŃ, KRYSIEWICZA 7/8 | | |
| telefon/ telefony | 606295782 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Izba Przyjęć II | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-235 POZNAŃ, JAROCHOWSKIEGO 18 | | |
| telefon/ telefony | 606295782 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Chorób Zakaźnych | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-734 POZNAŃ, SPORNA 16 | | |
| telefon/ telefony | 606295782 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY S.C. BOGUMIŁA FELINIAK, EWA JAWORSKA, BOŻENA KISZEWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | |
| telefon/ telefony: | 605259647 | | |
| identyfikator REGON | 311599252 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zaklad opiekuńczo - leczniczy | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-700 TUREK, PODUCHOWNE 1 | | |
| telefon/ telefony | 605259647 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SPÓŁKA M.A.R. SP. Z O.O. WIELOSPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ " MAXMED 1" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-510 KONIN, CHOPINA 16A | | |
| telefon/ telefony: | 632436330 | | |
| identyfikator REGON | 300433847 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **szczepienie personelu*** ** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Pielegnacyjno Opiekuńczy | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-510 KONIN, CHOPINA 16A | | |
| telefon/ telefony | 509377023 | | |
| Data dodania do wykazu | 30.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

# część VII

## Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń<br>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
|---|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia | **X** |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | **X** |
| Data dodania do wykazu | 2021-01-18 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

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