

CZĘŚĆ I.

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

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 1 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33 | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 2 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony | 774 062 400 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Judyma 4 | | |
| telefon/ telefony | 774062752 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.04.2021r. | | POP |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-200/24 Kwietnia 7 | | |
| telefon/ telefony | 774062437 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | POP |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-200/Roosevelta 2 | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 77 40 62 526 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.07.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Medycyny Szkolnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Harcerska 11 | | |
| telefon/ telefony | 774062941 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.07.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.11.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ -Szkoła Podstawowa nr 6 w Kędzierzynie-Koźlu - Punkt Szczepień Powszechnych | | 7 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Stalmacha 20 | | |
| telefon/ telefony | 509842442 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.07.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 3 | | | |
| nazwa/nazwa apteki: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróblewskiego 46; | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróblewskiego 46; | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/ul. Walerego Wróblewskiego 46 | | |
| telefon/ telefony | 261625825 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 4 | | | |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Brzeskie Centrum Medyczne | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 444 66 66 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Brzeskie Centrum Medyczne | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony | 774446536 | | |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu - Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. Marii Skłodowskiej -Curie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg, 49-300, ul. Słowiańskiej 18, | | |
| telefon/ telefony | 77 444 66 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 5 | | | |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774273491 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 6 | | | |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowiec/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowiec/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Góraźdże/46-077/ ul. Główna 23 | | |
| telefon/ telefony | (77)446 72 28/(77) 407 50 20 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Szpital | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Osiedle XXX Lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 774467228 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - Punkt Szczepień Powszechnych | | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zespół Szkół im. J. Kilińskiego 47-303 Krapkowice; ul. Ks. Franciszka Duszy 7, | | |
| telefon/ telefony | 577 488 122 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - Kampus Politechniki Opolskiej - Punkt Szczepień Powszechnych | | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-758/ul. Prószkowska 76 | | |
| telefon/ telefony | 506868430 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 7 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 005 | | |
| identyfikator REGON | 000654530 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 005 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 8 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Składowskiej-Curie 23 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ ul. Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | (77) 417 35 00; 604 468 854; (77) 414 55 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 9 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-220/ul. Konopnickiej 2 | | |
| telefon/ telefony | (77) 437 33 69/(77)406 78 85 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 10 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa/nazwa apteki: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 11 | | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 12 | | | |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 80 123 | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony | 77 40 80 123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ MSWiA w Głuchołazach | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony | 774080178 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 13 | | | |
| nazwa: | SP ZOZ W Głubczycach | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłódowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ W Głubczycach | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłódowskiej 26 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Marii Skłodowskiej Curie 26 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774801163 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ w Głubczycach -Ratusz w Głubczycach-Punkt Szczepień Powszechnych | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Rynek 1 | | 4 |
| telefon/ telefony | 726203944 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 14 | | | |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. - Zespół Szkół Rolniczych im. Tadeusza Kościuszki w Namysłowie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Pułaskiego 3, | | |
| telefon/ telefony | 534573053 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.08.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Namysłowskie Centrum Zdrowia z o. o. (Punkt Szczepień Powszechnych) | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 4 | | 4 |
| telefon/ telefony | 534573053 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.08.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 15 | | | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 77 407 01 00 | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |
| telefon/ telefony | 77 407 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 16 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony: | 774433123 | | |
| identyfikator REGON | 53141815100039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony | 774433123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 17 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | W | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Szpital Tymczasowy | | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 774520511 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 18 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 19 | | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony | 77 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.20250 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/ ul. Staszica 3 | | |
| telefon/ telefony | (77) 43 90 306/ (77) 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 20 | | | |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 21 | | | |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścice/46-080/Korfantego 1A | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 469 52 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 22 | | | |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GŁUCHOŁAZACH | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁUCHOŁAZY/48-340/SKŁODOWSKIEJ 16 | | |
| telefon/ telefony | 774511210 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 23 | | | |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 24 | | | |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | szczenie personelu | szczenie populacyjne |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 25 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| identyfikator REGON | 5324604000023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony | (77)415 52 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 26 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WILKOSZ-MED S.C. Barbara Zagojska-Wilkosz, Anna Wilkosz, Paweł Wilkosz, Wojciech Wilkosz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul.Strzelecka 54 | | |
| identyfikator REGON | 53219823700029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Strzelecka 54 | | |
| telefon/ telefony | 774844855 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 27 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA LESZEK WYRWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | |
| identyfikator REGON | 53226099900020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| | | | POP |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZSpecjalistyczna Praktyka Lekarska Leszek Wyrwa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436778 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 28 | | | |
| nazwa: | Irena Pass-Szczepańska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul.Dworcowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4872145 | | |
| identyfikator REGON | 53100154000030 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul. Dworcowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4872145 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 29 | | | |
| nazwa: | PIAST-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5/1 | | |
| telefon/ telefony: | 500201401 | | |
| identyfikator REGON | 531686377 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PIAST-MED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774834002 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 30 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Pediatriczna i Rodzinna "SYNAPSA" S.C.Gumińska Anna Miozga Kornelia | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 774436653 | | |
| identyfikator REGON | 53218266700023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436653 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 31 | | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| nazwa: | Zdrowie Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul.Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony: | 774868362 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia w Branicach | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul. Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 774868362 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 32 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia we Włodzieninie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul.Wojnowicka 15 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia we Włodzieninie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul. Wojnowicka 15 | | |
| telefon/ telefony | 774857290 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 33 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Maria Żymełka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul.Młyńska 13 | | |
| identyfikator REGON | 53115369800050 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul. Młyńska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774851843 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.12.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 34 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul.Henryka Pobożnego 1 | | |
| identyfikator REGON | 16006680000029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 530808464 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ KARDIOLOGIA Strzelce Opolskie - Powiatowe Centrum Kultury (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 412 30 13 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 35 | | | |
| nazwa: | ODNOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | |
| telefon/ telefony: | 774536481 | | |
| identyfikator REGON | 53246640700020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774536481 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 36 | | | |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK ZDROWIA W GRACZACH JACEK CIEPLUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul.Bazaltowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 774609022 | | |
| identyfikator REGON | 16065875800023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul. Bazaltowa 4 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774609811 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/49-100/ul. Wojska Polskiego 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 731858498 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa/49-120/ul. Ciepiewicka 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 602451089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 37 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. Gallus Grażyna, Krzemińska Weronika | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/ul.Mickiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774637089 | | |
| identyfikator REGON | 53154541200025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/Mickiewicza 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774637089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 38 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul.Jagiellońska 29 | | |
| telefon/ telefony: | 774661895 | | |
| identyfikator REGON | 53166869800021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul. Jagiellońska 29 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774661895 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 39 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul.Waryńskiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774616382 | | |
| identyfikator REGON | 53156700000022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Waryńskiego 6 | | + |
| telefon/ telefony | 774616382 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 40 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan & J. Domańska-Dziurkowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/ul.Krasickiego 8 | | |
| telefon/ telefony: | 692453646 | | |
| identyfikator REGON | 53166001800026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan, J. Domańska - Dziurkowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/Krasickiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 343594490 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 41 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul.Porcelanowa 17 | | |
| telefon/ telefony: | 602695644 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul. Porcelanowa 17 | | |
| telefon/ telefony | 774600147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Said Rayad | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Kusocińskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 77 466 45 17 | | |
| identyfikator REGON | 53083890000049 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/ul. Szkolna 7 | | |
| telefon/ telefony | 77 466 45 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ - Strzeleccki | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzeleccki/47-364/ul. Sienkiewicza 31 | | |
| telefon/ telefony | 774749696 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMED - Zespół Szkół | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Powstańców 34 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMED - PSP 2 (Sala Gimnastyczna) | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Aleja Jana Pawła II 9 | | 3 |
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SAMED - Nyski Dom Kultury | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Wałowa 7 | | 3 |
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 43 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED LILIANA LEJKOWSKA-OLSZEWSKA, PAWEŁ OLSZEWSKI | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul.Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774154937 | | |
| identyfikator REGON | 53166457100029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ - Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Słowackiego 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 504691015 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 44 | | | |
| nazwa: | Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul.Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774854291, 774855230, 606449024 | | |
| identyfikator REGON | 53091333900027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Rejonowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul. Kościelna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774854291 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 45 | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|---|
| nazwa: | Mariusz Śliwiński | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | |
| telefon/ telefony: | 608687556 | | |
| identyfikator REGON | 16022389400020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | |
| telefon/ telefony | 608 687 556 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED Eryka Scholz-Mazurkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/ul.Reymonta 2 | | |
| identyfikator REGON | 53160391900030 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/Reymonta 2 | | |
| telefon/ telefony | 660319688 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/49-120/ul.Wiejska 2B | | |
| identyfikator REGON | 53245700600028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/48-120/ul. Wiejska 2B | | |
| telefon/ telefony | 775559630 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | |
| identyfikator REGON | 53166761200036 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 774875207 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pawłowiczki/47-280/ul. Magnoliowa 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774874147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 49 | | | |
| nazwa: | Dorota Łotecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774871125 | | |
| identyfikator REGON | 53166762900020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774871125 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 50 | | | |
| nazwa: | Bożena Irena Wąsiak | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Raclawicka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 667676681 | | |
| identyfikator REGON | 53088015000039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Zabiegowo - Diagnostyczny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Raclawicka 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 51 | | | |
| nazwa: | Ewa Stefania Langner | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774830425 | | |
| identyfikator REGON | 53123095000022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774830425 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 52 | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" Karina Elżbieta Dylla | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 77 46 51 917 | | |
| identyfikator REGON | 53127044100023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 51 917 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 53 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | KRYSTYNA WERONIKA STANULA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | |
| telefon/ telefony: | 774820112 | | |
| identyfikator REGON | 53095563900022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | |
| telefon/ telefony | 774820112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 54 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 791933233 | | |
| identyfikator REGON | 53162825600024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 794104204 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 55 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MEDYK - K SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-225/JULIANA TUWIMA 6B/9 | | |
| telefon/ telefony: | 774036067 | | |
| identyfikator REGON | 161487365 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Medyk-K sp z o.o. Przychodnia | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-225/Jana Pawła II 54 | | |
| telefon/ telefony | 7774036067 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 56 | | | |
| nazwa: | Ewa Drop-Kubów | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-300/ul. Dworcowa 9 | | |
| telefon/ telefony: | 774188680 | | |
| identyfikator REGON | 53115900500028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Dworcowa 9 | | |
| telefon/ telefony | 774188680 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 57 | | | |
| nazwa: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10 lok. 1-2 | | |
| telefon/ telefony: | 516550330 | | |
| identyfikator REGON | 93020197400042 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10/2 | | |
| telefon/ telefony | 608385951 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 58 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony: | 774011170 | | |
| identyfikator REGON | 53116351500023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Podstawowa Opieka Zdrowotna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony | 774011147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 59 | | | |
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | | |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa | | 1 |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | | + |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 60 | | | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/ul. Nowa Kolonia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 46 38 393 | | |
| identyfikator REGON | 531545949 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/Nowa Kolonia 14 | | |
| telefon/ telefony | 608342071 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 61 | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAODRZE" w Opolu | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony: | 48 77 88 733 01 | | |
| identyfikator REGON | 53157492200021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77873303 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 62 | | | |
| nazwa: | MARIAN I ELŻBIETA ŁYCZKO, INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZDZIECHOWICE/46-310/ul. ZDZIECHOWICE 16 | | |
| telefon/ telefony: | +48343593313 | | |
| identyfikator REGON | 16158697200025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdziechowice/46-310/ 16 | | |
| telefon/ telefony | 343593313 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 63 | | | |
| nazwa: | Aniela Maria Dembczak | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcín/47-270/ul. Kozielska 64 | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony: | 774879159 | | |
| identyfikator REGON | 53166765800022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcín/47-270/Kozielska 64 | | |
| telefon/ telefony | 774879159 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 64 | | | |
| nazwa: | ERBERT GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | |
| telefon/ telefony: | +48774210013 | | |
| identyfikator REGON | 36782831200010 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicor" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | |
| telefon/ telefony | 774210013 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 65 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774153800 | | |
| identyfikator REGON | 53155725000029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 774153800 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 66 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ANDRZEJ PROSZEWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 04 261 | | |
| identyfikator REGON | 16000525200027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony | 343504250 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ Andrzej Proszewski Sp. z o.o. w Oleśnie - Zespół Szkół w Oleśnie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Sądowa 2, | | |
| telefon/ telefony | 343750150 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.10.2021r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 67 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skomed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony: | +48774318399 | | |
| identyfikator REGON | 532414400 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skomed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony | +48774318399 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 68 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.- MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony: | 77 42 71 060 | | |
| identyfikator REGON | 53167366000029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony | 77 42 71 060 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 69 | | | |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 447 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 16028660100020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 549 26 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - Hala Sportowa -Punkt Szczepień Powszechnych | | 12 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Sportowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 775492700 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 70 | | | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNĄ SPÓŁKA AKCYJNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 29 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Bracka 1 Nysa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony | 778872129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | OPTIMA MEDYCYNĄ Prudnik - Hala Sportowa w Nysie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 8 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ ul. Sudecka 23 | | |
| telefon/ telefony | 532407688 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | OPTIMA MEDYCYNĄ Prudnik - Zespół Szkół Rolniczych w Prudniku (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ ul. Kościuszki 76 | | |
| telefon/ telefony | 532407689 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 71 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO P. ROMANOWICZ, R. CIEŚLEWICZ SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 774842746, 4842400 | | |
| identyfikator REGON | 53164104400020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego P. Romanowicz R. Cieślewicz Spółka Jawna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 774842400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 72 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" A.Tomalik J.Tomalik Spółka jawna | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774155427 774153502 | | |
| identyfikator REGON | 532328208 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" S.J. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774155427 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 73 | | | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Waryńskiego 4 | | |
| telefon/ telefony | 502545200 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 74 | | | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | 1 |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Parafialna 1 | | + |
| telefon/ telefony | 504181616 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 75 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | |
| telefon/ telefony: | 774316535 | | |
| identyfikator REGON | 53157048500044 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | 1 |
| telefon/ telefony | 774317867 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 76 | | | |
| nazwa: | KLINIKA NOVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 77 7070100 | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Szpital | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 777070100 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Koźle | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/Ignacego Łukasiewicza 23 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774829034 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.07.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Sławięcice | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-230/ks. Piotra Ściegiennego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774832413 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 77 | | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa: | VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbicice/48-303/110 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 93 950 | | |
| identyfikator REGON | 53164504200022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Piłsudskiego 47 | | |
| telefon/ telefony | 77 401 70 03 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 78 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Bożena Lewińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | |
| identyfikator REGON | 53104575000039 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia POZ - Łambinowice | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefony | 774343450 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 79 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | AL-MED D.Makieła J.Makieła Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | |
| identyfikator REGON | 53156417700021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | |
| telefon/ telefony | 774638126 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 80 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | JÓZEF MURAWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774343505 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasienica Dolna/48-315/Jasienica Dolna 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774359621 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 81 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANMED S.C. Andrzej Majer, Anna Majer | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774181112 | | |
| identyfikator REGON | 53234234900029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774181112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 82 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony: | 343591001 | | |
| identyfikator REGON | 53166688300028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ - dla dorosłych | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 343591001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 83 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | 'MEDICUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 774362525 | | |
| identyfikator REGON | 531568070 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Medicus | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 406 83 15 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 84 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Martyniszyn Adam, Martyniszyn Bernadeta | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 774145334 | | |
| identyfikator REGON | 53165899000027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony | 774145334 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 85 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - FAMILIA S.C.KIŻYS JOLANTA WESOŁOWSKA KRYSTYNA KIŻYS ZBIGNIEW | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony: | 774850400, 774850393 | | |
| identyfikator REGON | 53165434800026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia" S.C | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony | 774850400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 86 | | | |
| nazwa: | Elżbieta Izabela Jarka - Dorskocz | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Kańków 65 | | |
| telefon/ telefony: | 774356385 | | |
| identyfikator REGON | 53244095100024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kańków/48-364/Kańków 65 | | |
| telefon/ telefony | 774356385 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ SAL-MED. Kałków / Otmuchów - Zespół Szkół w Otmuchowie - hala sportowa (Punkt Szczepień Powszechnych) | | 8 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 45-385/ ul.Krakowska 36 | | |
| telefon/ telefony | 774315130; 774315197; 774356368; 774315156; 774315027; 774390775 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.07.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 87 | | | |
| nazwa: | S.C. "DELTA" JANUSZKIEWICZ A. GAJDA I. DŁUGOSZ M. WYWIOŁ A. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Os. XXX - lecia 17 | | |
| telefon/ telefony: | 774663129 | | |
| identyfikator REGON | 53156991500026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Os. XXX - lecia 17 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774667133 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ OMEGA s.c. | POP | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Pocztowa 12 | | |
| telefon/ telefony | 775431561 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CORRIGO medical Rafał Chmura | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77481 38 81 | | |
| identyfikator REGON | 53094784100020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 89 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POLIMED" TKACZYŃSKI, MICHALAK, BUCZEK, SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 774512065 | | |
| identyfikator REGON | '53242112600020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |
| telefon/ telefony | 601172152 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 90 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK S.C. Walter-Werra Urszula Kulisa Elżbieta | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774611160 | | |
| identyfikator REGON | 53156612400028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 11 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 91 | | | |
| nazwa: | WYŻGOWSKA EWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-EWA" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 77 436 91 11 | | |
| identyfikator REGON | 53112042800021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | 77 436 91 11 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 92 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" Aleksandra Dekiel | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 02 000 | | |
| identyfikator REGON | 53150469500028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1 | | |

| | | | |
|--|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 600214789 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 93 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | '605 224 081 | | |
| identyfikator REGON | 1600733600029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 605 224 081 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 94 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie Ileszek Ryszard Spychała | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-100/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4636495 | | |
| identyfikator REGON | 531566182 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-175/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4636495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ ZDROWIE | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Fryderyka Chopina 3/1 | | |
| telefon/ telefony | 602348500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 95 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE" | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony: | '774412072 | | |
| identyfikator REGON | 53157728600020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | 7 |
| telefon/ telefony | 774412072 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020, 25-05-2021 zmiana | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepien Powszechnych | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-083/Barlickiego 13 | | 9 |
| telefon/ telefony | 739-000-392 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 | | PSP |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 96 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 603850069 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | 1 |
| telefon/ telefony | 774118551 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Sergiusza Mossora 6 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774118551 603850069 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 97 | | | |
| nazwa: | TAR-MED SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY E. GOSPODAREK, G. GOSPODAREK, K. KACORZYK-MATYSIK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774032295 | | |
| identyfikator REGON | 53157449000028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774032295 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nakło/46-050/Przedszkolna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774644114 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.08.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 98 | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" W OPOLU | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774020308 | | |
| identyfikator REGON | 53157017200021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774020317 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 91-93 | | 1 |
| telefon/ telefony | 789 409 796 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 99 | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | |
| telefon/ telefony: | 774660111 | | |
| identyfikator REGON | '53166879300020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774660111, 774660999 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 100 | | | |
| nazwa: | Niepubl. Zakład Opieki Zdrow. Przychodnia Lek. "ZDROWIE" A.Graczyk-Duda E.Raczyńska A.Walorski Spółka Partnerska Lekarzy | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774155351 | | |
| identyfikator REGON | '53231472600029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | 1 |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | '774155351 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 101 | | | |
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 601 458 242 | | |
| identyfikator REGON | 272069185 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 601 458 242 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 102 | | | |
| nazwa: | NZOZ "DOM-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ Żeromskiego 25c | | |
| telefon/ telefony: | '796786604 | | |
| identyfikator REGON | 366420425 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ "DOM-MED" Sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Żeromskiego 25C | | |
| telefon/ telefony | 796786604 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 103 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gamed s.c. Jolanta Karliczek Paweł Grzanka | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony: | 601808066 | | |
| identyfikator REGON | 16004749200027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 343536590 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 104 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzezińska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 77 48 42 745 | | |
| identyfikator REGON | 532202074 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 660225981 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 105 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony: | 77 45 46 719, 77 45 48 160 | | |
| identyfikator REGON | 53053276100020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ul. Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony | 774232660 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 106 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOMAG-MED. Magiera i Gibki Lekarska Spółka Partnerska | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 602644306 | | |
| identyfikator REGON | 53155273100020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/ul. Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 602644306 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skorogoszcz/49-125/Opolska 27 | | |
| telefon/ telefony | 604426214 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |

| | | | |
|---|---|---------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszanka/49-332/Olszanka 38a | | |
| telefon/ telefony | 602644365 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 107 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZDROWIE S.C. H.KĘDZIERSKA A.POHL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774387010 | | |
| identyfikator REGON | 53157011400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ul. Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774387010 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 108 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" Marek Dekiel | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774049090 | | |
| identyfikator REGON | 53150470300029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/ul. Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony | 774049090 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.02.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 109 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774312187 | | |
| identyfikator REGON | 53167192100026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony | 774312187 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 110 | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 44 903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZYCHODNIA - TRZY KOTWICE" s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony | 774160088 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 111 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Grażyna Barbara Mrugała-Marcyniuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/Jasiońska 8 | | |
| identyfikator REGON | 53121943400045 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/ul. Jasiońska 8 | | |
| telefon/ telefony | 692941931 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 112 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| identyfikator REGON | 16003220800021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gminny Ośrodek Zdrowia | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076970 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 113 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/Oświęcimska 92A | | |
| identyfikator REGON | 53166998200023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/ul. Oświęcimska 92A | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 501266130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 114 | | | |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA "NOWA PRZYCHODNIA" FLORCZAK ANDRZEJ, TOMCZYK RENATA, MUSIALIK-CELTA KRYSZYNA SPÓŁKA PARTNERSKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774076973 | | |
| identyfikator REGON | 53167509500022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076973 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 115 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/Aleja Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774127276 | | |
| identyfikator REGON | 53157454300027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/al. Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony | 774127276 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 116 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczypała | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Mickiewicza 8 | | |
| telefon/ telefony: | 774101355 | | |
| identyfikator REGON | 53166744000023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE Spółka Cywilna | | 1 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/ul. Adama Mickiewicza 8 | | + |
| telefon/ telefony | 774101355 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 117 | | | |
| nazwa: | ZWM MALINKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/Szarych Szeregów 72 | | |
| telefon/ telefony: | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| identyfikator REGON | 53165841200024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień dla dzieci | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/ul. Szarych Szeregów 72 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 118 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 724 | | |
| identyfikator REGON | 53165316500024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Krakowska 17 | | 1 |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 119 | | | |
| nazwa: | Artur Robert Światała | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna/46-255/Wierzbica Górna 67 | | |
| telefon/ telefony: | 774141327 | | |
| identyfikator REGON | 53157229000029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna 67/46-250/ | | 1 |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 604581256 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 120 | | | |
| nazwa: | Krzysztof Banasik Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy "INPARCO" | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Bolesława Krzywoustego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774832144 | | |
| identyfikator REGON | 53134678200030 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Powstańców 70 | | |
| telefon/ telefony | 774832144 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 121 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SPÓŁKA CYWILNA, GRAŻYNA BOROWIK - BZDZION, JOLANTA IDASIAK, ANNA MARIA ZYGMUNT | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Jana Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 05 370 | | |
| identyfikator REGON | 53166202300028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion, Jolanta Idasiak, Anna Maria Zygmunt | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony | 343505370 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 122 | | | |
| nazwa: | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774390520, 774314912 | | |
| identyfikator REGON | 53243905000025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774390520 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 123 | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" GRAŻYNA WASIAK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony: | 343591186 | | |
| identyfikator REGON | 15089711700026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Alergologiczna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony | 343591186 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 124 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Leszek Kazimierz Oduliński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | | |
| telefon/ telefony: | 774822686 | | |
| identyfikator REGON | 53074071000031 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | | |
| telefon/ telefony | 774822686 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 125 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774474600 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony | 774474600 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 126 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774413234 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600059 | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1 | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 513103462 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 127 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZY ROZINNYCH MEDICA S.C.B.BENICKI J.KUSTRA K.ADAMIK A.TOMCZYK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony: | 774615324 | | |
| identyfikator REGON | 53155625500028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych "MEDICA" s.c. | | 0 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony | 774615324 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.06.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 128 | | | |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie” | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 77 4216018 | | |
| identyfikator REGON | 150056180 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie” | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka3A | | |
| telefon/ telefony | 77 4216018 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 129 | | | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNĄ SPÓŁKA AKCYJNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | | |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 21 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Dambonia Opole | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | | |
| telefon/ telefony | 77 887 21 21 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Nyska 1 Prudnik | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Nyska 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 547 01 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---------------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Raclawice Śląskie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raclawice/48-250/Zwycięstwa 60 | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 437 65 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Przychodnia Lekarska Dytmarów | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dytmarów/48-231/Dytmarów 2a | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 436 19 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 130 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrzastowice/46-053/Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PANACEUM" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrzastowice/46-053/Polna 2B | | 1 |
| telefon/ telefony | 775506808 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 131 | | | |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 160361544 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7/7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 132 | | | |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774875129 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON | 531601085 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony | 774875129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 133 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PULS LATUSEK-MICHALSKA I OSMÓLSKI - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony: | 774185500 | | |
| identyfikator REGON | 16003728100026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony | 774185500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 134 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Małe Przedmieście 14 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-551/Juliana Tuwima 1 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 135 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-676/Postępu 21 C | | |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa/nazwa apteki: | CMR Medycyna Rodzinna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Fieldorfa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 22 450 50 01 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 136 | | | |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774351941 | | |
| identyfikator REGON | 531209654 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774351941 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 137 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | |
| telefon/ telefony: | 774833722 | | |
| identyfikator REGON | 53125119400022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | 1 |
| telefon/ telefony | 774833722 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 138 | | | |
| nazwa: | Maria Teresa Czerner | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774009807 | | |
| identyfikator REGON | 532415752 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Maria Teresa Czerner | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774009807 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 139 | | | |
| nazwa: | REMEDIUM CHOLEWIŃSKI,MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 413 40 58 | | |
| identyfikator REGON | 53164907000022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Remedium Byczyna Cholewiński, Maszkowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 413 40 58 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 140 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrzastowice/746-053/ul. Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PORADNIA OSOWIEC | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSOWIEC/46-023/OLESKA 7 | | |
| telefon/ telefony | 507418812 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 141 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CYTRAMED JANINA CYTRYCKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 343599050 | | |
| identyfikator REGON | 15025791000021. | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ CYTRAMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony | 343599050 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 142 | | | |
| nazwa: | Irena Topa-Dobrowolska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774649007 | | |
| identyfikator REGON | 53120610100047 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIA" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 774649007 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 143 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1 C | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PORADNIA POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARŁOWICE/46-037/KOLEJOWA 8 | | |
| telefon/ telefony | 774697226 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 144 | | | |
| nazwa: | DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony: | 774 692 064 | | |
| identyfikator REGON | 369980870-00011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony | 77 500 59 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 145 | | | |
| nazwa: | MEDIPAK SPÓŁKA JAWNA CZESŁAW KOBYŁECKI, ZENON KAWECKI, DANUTA KOBYŁECKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | |
| telefon/ telefony: | 774357685 | | |
| identyfikator REGON | 53166331800020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PORADNIA OGÓLNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | |
| telefon/ telefony | 774357685 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 146 | | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony: | 774 607 705 | | |
| identyfikator REGON | 53240653000027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony | 774607704 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 147 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | |
| telefon/ telefony: | 774215006 | | |
| identyfikator REGON | 531582212 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA | szczepienie personelu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | |
| telefon/ telefony | 774215006 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 148 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | szczepienie personelu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 149 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | (077)447 46 00 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | PUNKT LEKARSKI LASOWICE MAŁE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LASOWICE MAŁE/46-280/ODRODZENIA 10 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774148221 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 150 | | | |
| nazwa: | MEDICOM Spółka Cywilna | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774646130 | | |
| identyfikator REGON | 16146636300025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | MEDICOM S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774646130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 151 | | | |
| nazwa: | NALIGONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | |
| telefon/ telefony: | 602 349 066 | | |
| identyfikator REGON | 366841842 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NALIGONIA SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 734150798 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 152 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774444903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PORADNIA OGÓLNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUKOWICE BRZESKIE/49-353/ 82 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774444903 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 153 | | | |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH "KAMMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Ziemi Tarnowskiej 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774161111 | | |
| identyfikator REGON | 53140471700029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/UL. HERBERTA 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774161111 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARBIMIERZ OSIEDLE/49-318/UL. TOPOLOWA 16 | | 1 |
| telefon/ telefony | 773330001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 154 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C."MED-IZB" Knosala Bernard, Knosala Robert, Knosala Emilia | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 72 88 | | |
| identyfikator REGON | 53154593200022 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PRZYCHODNIA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 461 72 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 155 | | | |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 16036154400025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | 1 |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 156 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-VITA" S.C.MAŁGORZATA HOLLER DOROTA KĘCKA DOROTA SZUBELAK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | |
| telefon/ telefony: | 601 771 092 | | |
| identyfikator REGON | 531500906 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ MED.-VITA S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774163215 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 157 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343575275 | | |
| identyfikator REGON | 53164960800025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 343575275 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 158 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343582093 | | |
| identyfikator REGON | 382547290 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ "VITA" SP. Z O.O. Kozłowice | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozłowice/46-310/ul. Oleska 5 | | 1 |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 159 | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-PIAST" S.C.CICHOŃ K. KRZEMIŃSKI R. SKRZYPULEC M. KORDOWSKA-WILEŃSKA M. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Os. Piastów Śl. 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774630185 | | |
| identyfikator REGON | 53154500400028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-PIAST" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 20 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774630180 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 160 | | | |
| nazwa: | Ewa Jarczyńska-Nimsz | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | |
| telefon/ telefony: | 774159758 | | |
| identyfikator REGON | 531568040 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | 1 |
| telefon/ telefony | 774159758 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Ogólna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mąkoszyce/49-315/ul. Pocztowa 3 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774122123 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 161 | | | |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony: | 48774149504 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony | 774149504 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 r. | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 162 | | | |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony: | 774127528 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony | 7741275 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 163 | | | |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774194111 | | |
| identyfikator REGON | 160075873 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony | 662939514 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 164 | | | |
| nazwa: | Marcinkowskiego Chudy Obara | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony: | 774091700 | | |
| identyfikator REGON | 53238426000025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony | 774091700 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 165 | | | |
| nazwa: | PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w Warszawie, Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony: | 774054150, 510202360 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600152 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony | 774054150, 510202360 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 166 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony: | 774355602 | | |
| identyfikator REGON | 53163922500029 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony | 774355602 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 167 | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774199345 | | |
| identyfikator REGON | 53158607800027 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. Świerczów | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774199345 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 168 | | | |
| nazwa: | Małgorzata Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 77 41 00 392 | | |
| identyfikator REGON | 53155914700024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Małgorzata Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 77 41 00 392 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 169 | | | |
| nazwa: | ORTOPEDIA S.C. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-222/Oleska 97 | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09 | | |
| identyfikator REGON | 16008888700032 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | ORTOPEDIA S.C. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-222/Oleska 97 | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 170 | | | |
| nazwa: | Centrum Medyczne PROMEDIC | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/T.Kościuszki 35 | | |
| telefon/ telefony: | 531 347 160 | | |
| identyfikator REGON | 93298032700020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Centrum Medyczne PROMEDIC | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/T.Kościuszki 35 | | |
| telefon/ telefony | 531 347 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.07.2021 | | POP |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Centrum Medyczne PROMEDIC | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-404/Al.Solidarności 26 | | |
| telefon/ telefony | 531 347 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 171 | | | |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 447 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 16028660100020 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z.O.O - punkt szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Sportowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 77 549 27 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.04.2021 | | POP |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 172 | | | |
| nazwa: | DIABETICA Sp zo.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27 | | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------|--|
| telefon/ telefony: | 77 544 41 00 | | |
| identyfikator REGON | 16031994400026 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | DIABETICA Sp zo.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27 | | |
| telefon/ telefony | 77 544 41 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 173 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ VITA SP | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 74 641 | | |
| identyfikator REGON | 53233871500030 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ VITA SP | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18 | | |
| telefon/ telefony | 77 44 74 641 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 174 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14 | | |
| telefon/ telefony: | 774391405 | | |
| identyfikator REGON | 53157053900024 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14 | | |
| telefon/ telefony | 774391405 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 175 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Prężyńska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 698649042 | | |
| identyfikator REGON | 16028414000028 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobra/47364/Prudnicka 68 | | |
| telefon/ telefony | 698649042 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łącznik/48-210/Sportowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 698649042 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|---|
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 176 | | | |
| nazwa: | Apteka WZGEM Sp. z o.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/80-309/al.Grunwaldzka 411 | | |
| telefon/ telefony: | (058)770 18 80 | | |
| identyfikator REGON | 363098153 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Gemini | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-068/ul. 1 Maja 13/1A | | |
| telefon/ telefony | 774066564 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 3 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 177 | | | |
| nazwa: | Magistrowie Farmacji Widelska Ogrodnik Sp. J. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/ul. Słowackiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369781052 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | APTEKA GEMINI | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Opolska 34 | | |
| telefon/ telefony | 774616868 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | APTEKA GEMINI | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/Słowackiego 2 | | |
| telefon/ telefony | 774542321 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 178 | | | |
| nazwa: | JK Pharm Katarzyna Jaśkowiec Sp.j. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Popielów/46-090/ul.Wolności 14 | | |
| telefon/ telefony: | +48 77 401 07 16 | | |
| identyfikator REGON | 363774298 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka LAWENDOWA | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Popielów/46-090/ul.Wolności 14 | | |
| telefon/ telefony | 774010716 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 2 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 179 | | | |
| nazwa: | I-PHARM, GRZEGORZ JAŚKOWIEC SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-056/pl. Teatralny 13 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony: | (077)404 70 10 | | |
| identyfikator REGON | 160061730 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Prószkowska | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prószków/46-060/ul. Daszyńskiego 1b | | |
| telefon/ telefony | 77 404 70 10 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 180 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Druga Apteka Zdrowit spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie/41-943/Diamentowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 243262000 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Zdrowit | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/pl. 1 Maja 9 | | |
| telefon/ telefony | 774850912 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 181 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APOTEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Sienkiewicza 12 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532230768 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | APTEKA CENTRUM | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Mariacka 10 | | |
| telefon/ telefony | 774025034 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | APTEKA CENTRUM | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300 /Bolesława Krzywoustego 6 | - | |
| telefon/ telefony | 774093785 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 182 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Zdrowit sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie/41-940/Piotra Skargi 13 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 243175659 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Zdrowit | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Księdza Ściegiennego 5 | | APT |
| telefon/ telefony | 77-417-40-16 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | 2 |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Zdrowit | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401-ul. Bielska 1 | | APT |
| telefon/ telefony | 775507300 | | |
| Data dodania do wykazu | 02.07.2021 | | 2 |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183 | | | |
| nazwa: | Gruper Sp. z o.o. Sp. k. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-038/Starowiślna 1 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 351590946 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Niezapominajka dla całej rodziny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Celna 23a | - | APT |
| telefon/ telefony | 513065183 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184 | | | |
| nazwa: | OPIEKA FARMACEUTYCZNA KARWOWSKI BAJ SPÓŁKA JAWNA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Harcerska 13 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369733604 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka Gemini | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Opolska 6 | - | APT |
| telefon/ telefony | 774179003 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka GEMINI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul. Harcerska 13 | - | APT |
| telefon/ telefony | 774872025 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 02.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 185 | | | |
| nazwa: | Apteka Centralna Spółka Jawna mgr farm. Alicja Gadzińska | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 774520899 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | APTEKA CENTRALNA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego Witosa 26 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774520899 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 186 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Dolnośląska Grupa Apteczna S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieruń/43-150/ul. Chemików 3 | | |
| identyfikator REGON | 932692054 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka LEKOSFERA DGA 9 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Łokietka 24a | | 2 |
| telefon/ telefony | 77 404 50 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | Apteka LEKOSFERA DGA18 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300 /Długa 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774165062 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 187 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ZIKO APTEKA Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-216/Legnicka 5 | | |
| identyfikator REGON | 120228256 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Aleja Armii Krajowej 38/040 | | 2 |
| telefon/ telefony | 775400883 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Wojska Polskiego 7 | | 2 |
| telefon/ telefony | 798905430 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-018/ul.Krakowska 31a | | 2 |
| telefon/ telefony | 77 54 00 882 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 188 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | MAGISTROWIE FARMACJI WIDELSKA OGRODNIK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/Słowackiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369781052 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Pocztowa 2 | | 3 |
| telefon/ telefony | 881032439 | | |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 189 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Waryńskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532379542 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Ziko Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Marszałka Piłsudskiego 12 | | 1 |
| telefon/ telefony | 775400886 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 190 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ANNA SANDOMIERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 530988774 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Kolejowa 2A | | 2 |
| telefon/ telefony | 77 433 85 46 | | |

| | | | |
|---|--|---------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NASZA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/ul. Nyska 7/1 | | 2 |
| telefon/ telefony | 774315136 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA "NA DOBRE I NA ZŁE"- CENTRUM FARMACEUTYCZNE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300 /Celna 26/5U | | 2 |
| telefon/ telefony | 774560077 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Prudnicka 7/U2 | | 2 |
| telefon/ telefony | 774336633 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 191 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-672/Domaniewska 48 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 16317049 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka SUPER-PHARM | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawada/46-022/ul. Dębowa 1 | | 3 |
| telefon/ telefony | 684196965 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | SUPER-PHARM | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-025/ul. Krakowska 45/47 | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 541 74 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 192 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Przychodnia Medica Danuta Marcjasz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul.Lipowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 605602951 | | |
| identyfikator REGON | 53164994000021 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------|---|
| nazwa/ nazwa apteki: | Przychodnia Medica Danuta Marcjasz | P | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul.Lipowa 5 | | |
| telefon/ telefony | 605602951 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.09.2021 | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 193 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ENAMEL SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-316 / Tarnopolska 109/7 | | |
| telefon/ telefony: | 793008096 | | |
| identyfikator REGON | 16147982200025 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | ENAMEL | P | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-765 / Marii S. - CURIE 8 | | |
| telefon/ telefony | 536514013 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 194 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-831/ ul. Wspólna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 539333606 | | |
| identyfikator REGON | 364944182 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. | - | WPS |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokrzywna / 48-340 / Pokrzywna 24 | | |
| telefon/ telefony | 539333606 | | 5 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | przeniesiono do Części VIIA | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 195 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Fabryka Zdrowia HK sp z.o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-064 / H. Kołłątaja 10 | | |
| telefon/ telefony: | 516550330 | | |
| identyfikator REGON | 38920538700011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Fabryka zdrowia drHoly | P | POP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-064 / H. Kołłątaja 10 | | |
| telefon/ telefony | 516550330 | | 3 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 196 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | URBANOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531279904 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | DOZ APTEKA. Dbam o Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E | | |
| telefon/ telefony | 774618900 | | |
| Data dodania do wykazu | 11.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 197 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA PRZYJAZNA BARBARA SZCZEGIELNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/ul. Wróblewskiego 46 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 160088226 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka PRZYJAZNA 5 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-920/ul. Janiny Kłopotkiej 1/6 | | |
| telefon/ telefony | 774592687 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 198 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | GALEN 2002 SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/03-944/Plac Przymierza 6 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 15773644 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA DBAM O ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Jagiellońska 14 | | |
| telefon/ telefony | 736698029 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 199 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | HERBA LTD TERESA TOMKÓW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul/ul. Styki 1 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531553920 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA HERBA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lasowice Wielkie/46-282/Lasowice Wielkie 99a | | |
| telefon/ telefony | 774141626 | | |
| Data dodania do wykazu | 18.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NA ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 343509650 | | |
| Data dodania do wykazu | 26.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 200 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKA URTICA Agnieszka Kuterska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531664520 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Urtica | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | | |
| telefon/ telefony | 774819066 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 201 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | OZ 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-521/Śląska 53 lok. 102B | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 361598928 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | DR. MAX | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 15 | | |
| telefon/ telefony | 774610292 | | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu | 06.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 202 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | APTEKARZE ZBYRAD ZAGÓRSKA SP.J. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Częstochowa/42-220/Aleja Najświętszej Maryi Panny 18 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369813496 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 | | 2 |
| telefon/ telefony | 774033549 | | |
| Data dodania do wykazu | 06.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 203 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Pod Lipami Spółka Jawna Maria Kowalska Stanisław Kowalski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531671163 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Pod Lipami | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774615314 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 204 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | REGINA BABIAK APTEKA OTMUCHOWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39 B | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 530505050 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA OTMUCHOWSKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39 B | | 2 |
| telefon/ telefony | 774314416 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 205 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
|---|--|---------------------------|--|
| nazwa: | APTEKA POŁUDNIOWA Błahitka spółka jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/Brzechwy 3 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532227476 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | DOZ Apteka.Dbam o Zdrowie.Południowa | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/Brzechwy 3 | | 3 |
| telefon/ telefony | 774111865 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 206 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Zdrowie mgr farm. Jacek Hylak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Powstańców 11a/1 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 530533660 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Powstańców 11a/1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774853114 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 207 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Zdrowie Monika Hylak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 161556244 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Zdrowie | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2 | | 2 |
| telefon/ telefony | 774360738 | | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 208 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | BURCHACIŃSCY SPÓŁKA AKCYJNA spółka komandytowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieluń/98-300/św. Barbary4 | | |

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 730292865 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKI BURCHACIŃSCY; WEJDŹ PO ZDROWIE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Senatorska 31 | | 1 |
| telefon/ telefony | 343588218 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteki Burchaciński; wejdź po zdrowie! | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 1a | | 1 |
| telefon/ telefony | 774026438 | | |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 209 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Centrum Tanich Leków sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/40-058/ul. Marii Skłodowskiej-Curie 22/23 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 160275885 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | DR. MAX | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Piastowska 17-19 | | 2 |
| telefon/ telefony | 77 404-30-28 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 210 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | ANNA ZAKLIKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | | |
| identyfikator REGON | 160043815 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 343583325 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 211 | | | |
| nazwa: | APTEKA W STD REAL PRZEDSIĘBIORSTWO FARMACEUTYCZNE MULTI-LEK G.SZYMAŃSKA | | |

| | | | |
|---|---|--------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/ul. Kazimierza Sosnkowskiego 16 | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531542862 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA W STD real MULTI - LEK | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/ul. Kazimierza Sosnkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 774581109 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 212 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | ZIOŁO-LEK M.ZAKLIKA & A.PIOTROWIAK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532201910 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony | 343598176 | | |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 213 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | JP PHARM Katarzyna Jaśkowiec Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Komprachcice/46-070/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony: | 77 451 40 51 | | |
| identyfikator REGON | 161551034 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Zielona | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Komprachcice/46-070/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony | 77 451 50 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 10.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 214 | | szczenie personelu | szczenie populacyjne |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego CEFARM Warszawa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/40-541/Szopienicka 77 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| identyfikator REGON | 012859010 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA CEF@RM 36,6 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Marszałka Józefa Piłsudskiego 47 | | |
| telefon/ telefony | 774091582 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 215 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Tadeusza Kościuszki 30 | | |
| telefon/ telefony: | 77 88 733 01 | | |
| identyfikator REGON | 53157017200021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77 88 73 303 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 216 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Tadeusza Kościuszki 30 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 12 072 | | |
| identyfikator REGON | 53157017200021 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Poradnia Lekarza POZ | | 7 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony | 77 44 120 72 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 217 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony: | 774 692 064 | | |
| identyfikator REGON | 369980870-00011 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki: | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony | 77 500 59 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 25.07.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 218 | | | |
| nazwa: | ZPHARMA Sp. z o.o. | | |

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/30-644/Kamieńskiego 51 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 367101490 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Ziko Apteka | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Rynek 35/1U | - | 1 |
| telefon/ telefony | 514721649 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.08.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 219 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO PRODUKCYJNO HANDLOWE APIMEX SP. ZOO | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin/62-510/Hurtowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 092530344 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | PRIMA | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Franklina Delano Roosevelta 2A | - | 5 |
| telefon/ telefony | 774823572 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.08.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 220 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | DRUGA APTEKA ZDROWIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie/41-940/Diamentowa 3 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 243262000 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Zdrowit | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/Słowackiego 31 | - | 2 |
| telefon/ telefony | 774162103 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.08.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 221 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Apteka Rodzinna mgr Ewa Wojtan | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/PL.Wolności 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 521725725 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Rodzinna mgr Ryszard Konik | | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/PL.Wolności 2 | - | |

| | | | |
|--|------------------------------|-----------------------|--|
| telefon/ telefony | 343575745 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.08.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 222 | | | |
| nazwa: | Oz 3 sp. z o.o. | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-304/Śląska 53/102B | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 361625772 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | Dr. Max | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony | 774574223 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.08.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 223 | | | |
| nazwa: | FARMACJA UNO SP. ZOO | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin/62-510/Hurtowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 634593733 | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki: | PRIMA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bema 2A | | |
| telefon/ telefony | 774021886 | | |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

z up. Dyrektora OOW NFZ
Grażyna Kowcun

Opole, 08.09.2022 r.

CZĘŚĆ IIA.

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | |
|---|--|
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 |
| telefon/ telefony: | 506868430 |
| identyfikator REGON | 16021349900014 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | 2 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | |
| nazwa: | NZOZ ELIASMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 |
| telefon/ telefony: | 600853495 |
| identyfikator REGON | 16026079000041 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: | 1 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | |
| nazwa: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. Pokrzywna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokrzywna/48-340/Pokrzywna 24 |
| telefon/ telefony: | 539333606 |
| identyfikator REGON | 36494418200017 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar) | liczba zespołów |
| obszar działania: całe województwo | 5 |

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 1 lipiec 2022 r.

CZĘŚĆ IIB.**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień**

| | | |
|--|---|------------------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | np. zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marii Curie-Skłodowskiej 16, 48-340 Głuchołazy | |
| telefon/ telefony: | 774391950 | |
| identyfikator REGON | 000317665 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Chemioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Józefa Lompy 2 | |
| telefon/ telefony | 77 4009315 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40 | |
| telefon/ telefony: | 77 4080123 | |
| identyfikator REGON | 531172135 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40 | |
| telefon/ telefony | 77 4080289, 4080453 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | |
|---|---|------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 5 | |
| telefon/ telefony: | 77 4062400 | |
| identyfikator REGON | 000314661 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Poradnia Urologiczna | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 7 | |
| telefon/ telefony | 77 4062526 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Urologiczny | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Franklina Delano Roosevelta 2 | |
| telefon/ telefony | 77 4062496 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14 | |
| telefon/ telefony: | 77 4032850 | |
| identyfikator REGON | 530938517 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14 | |
| telefon/ telefony | 77 4032841 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | |
|---|---|------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony: | 77 4416001 | |
| identyfikator REGON | 531420768 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Poradnia Chemioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416004 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416090 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Ginekologii Onkologicznej | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416087 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Radioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416126 | |

| | | |
|---|--|------------------------|
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony: | 77 4433100 | |
| identyfikator REGON | 531418151 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Hematologii, Onkologii Hematologicznej i Chorób Wewnętrznych | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433690 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Oddział Pulmonologii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433284 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Poradnia Hematologiczna | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433079 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19 | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | |
| telefon/ telefony: | 034/350 96 65 | |
| identyfikator REGON | 00030658400030 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1 | |
| telefon/ telefony | 34/35 09 657 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony: | 77/443 31 00 | |
| identyfikator REGON | 531418151 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ul. Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 500 578 727 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | |

| | | |
|--|--|------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | |
| telefon/ telefony: | 77/452 01 11 | |
| identyfikator REGON | 53051239100023 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | |
| telefon/ telefony | 77/452 08 11 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/41-200/Legnicka 48/bud.F | |
| telefon/ telefony: | 71/342 98 50 | |
| identyfikator REGON | 145884498 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | K-Koźle/47- 220/ul. Kozielska 11 | |
| telefon/ telefony | 77/445 59 36 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA Sp.z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-769/ul. Cylichowska 13/15 | |
| telefon/ telefony: | 22/516 06 00 | |
| identyfikator REGON | 140878910 | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Nysie | 1 |

| | | |
|---|--|------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Bohaterów Warszawy 34 | |
| telefon/ telefony | 77/408 79 16 | |
| Data dodania do wykazu | | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Głubczycach | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ ul.Skłódowskiej 26 | |
| telefon/ telefony | 668 366 926 | |
| Data dodania do wykazu | | 08.03.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole,
dnia 1 lipiec 2022 r.

CZEŚĆ III.

Wykaz podmiotów i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw grypie

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (1) | |
|---|--|
| nazwa: | NZOZ OMEGA SPÓŁKA LEKARZY GAJDA I PARTNERZY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ os. XXX-Lecia 17 |
| telefon/ telefony: | 77 46 67 133 |
| identyfikator REGON | 53156991500026 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Krapkowice Otmęt |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ os. XXX-Lecia 17 |
| telefon/ telefony | 77 46 67 133 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Krapkowice |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-300/ Pocztowa 12 |
| telefon/ telefony | 77 54 31 561 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (2) | |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Jagiellońska 29 |
| telefon/ telefony: | 77 46 61 895 |
| identyfikator REGON | 53166869800021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Jagiellońska 29 |
| telefon/ telefony | 77 46 61 895 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3) | |
| nazwa: | MAŁGORZATA MEDYK-WÓJCIK PRAKTYKA LEKARSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kowalowice/ 46-100/ Szkolna 2 |
| telefon/ telefony: | 77 41 92 126 |
| identyfikator REGON | 53155914700024 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |

| | |
|---|---|
| nazwa: | Przychodnie Nowy Medyk Przychodnia nr2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Sikorskiego 6 |
| telefon/ telefony | 798 819 783 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (4) | |
| nazwa: | Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/ 48-130/ Kościelna 1 |
| telefon/ telefony: | 77 48 54 291/ 77 48 55 230/ 606 329 241 |
| identyfikator REGON | 53091333900014 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/ 48-130/ Kościelna 1 |
| telefon/ telefony | 77 48 54 291/ 77 48 55 230/ 606 329 241 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (5) | |
| nazwa: | NZOZ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-250/ Targowa 6 |
| telefon/ telefony: | 77 43 73 252 |
| identyfikator REGON | 16007336000029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-250/ Targowa 6 |
| telefon/ telefony | 77 43 73 252 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (6) | |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-062/ Kościuszki 2 |
| telefon/ telefony: | 77 40 20 398 |
| identyfikator REGON | 53157017200021 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | POZ Witosy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/ Al. W. Witosy 26 |
| telefon/ telefony | 77 45 15 280 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |

| | |
|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Centrum Zdrowia Kościuszki punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-062/ Kościuszki 2 |
| telefon/ telefony | 77 40 20 308 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | Centrum Zdrowia Waryńskiego punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-047/ Waryńskiego 30 |
| telefon/ telefony | 730 600 043 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | |
| nazwa: | Centrum Zdrowia Licealna punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-714/ Licealna 18 |
| telefon/ telefony | 77 88 73 301 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (7) | |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-676/ Postępu 21 C |
| telefon/ telefony: | 22 45 04 500 |
| identyfikator REGON | 14072360300022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Centrum Medyczne LUX MED Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-273/ Fieldorfa 2 |
| telefon/ telefony | 77 54 92 400 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (8) | |
| nazwa: | BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/ 47-260/ Głębczycka 19 |
| telefon/ telefony: | 77 48 75 207 |
| identyfikator REGON | 53166761200036 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ SARMED |

| | |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/ 47-260/ Głębzycka 19 |
| telefon/ telefony | 77 48 75 207 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | NZOZ SARMED - filia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pawłowiczki/ 47-280/ Magnoliowa 3 |
| telefon/ telefony | 77 48 74 147 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (9) | |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-672/ Domaniewska 48 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 016317049 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-025/ Krakowska 45/47 |
| telefon/ telefony | 77 541-74-70 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Apteka SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 46-022/ Zawada 1 |
| telefon/ telefony | 684196970 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (10) | |
| nazwa: | Aptekarze Zbyrad Zagórska Sp.J |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Częstochowa/ 42-220/ Aleja Najświętszej Maryi Panny 18 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 369813496 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Gemini |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Grunwaldzka 20 |
| telefon/ telefony | 774033549 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |

| | |
|--|---|
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (11) | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/ 31-216/ Legnicka 5 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 120228256 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-018/ Krakowska 31A |
| telefon/ telefony | 775 400 882 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-220/ Aleja Armii Krajowej 38/040 |
| telefon/ telefony | 775400883 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Wojska Polskiego 7 |
| telefon/ telefony | 775400884 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (12) | |
| nazwa: | Apteka Urtica Agnieszka Kuterska |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-232/ Królowej Jadwigi 12 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531664520 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Urtica |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-232/ Królowej Jadwigi 12 |
| telefon/ telefony | 571381182 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (13) | |
| nazwa: | OZ 5 Sp. z o.o. |

| | |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/ 81-304/ Śląska 53 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 361598928 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Dr. Max |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Os. Piastów Śląskich 15 |
| telefon/ telefony | 77/461 02 92 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (14) | |
| nazwa: | Apteka Medica Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-203/ Wyspiańskiego 10 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 532379542 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Zika Apteka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Marszałka Piłsudskiego 12 |
| telefon/ telefony | 77/5400886 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (15) | |
| nazwa: | BURCHACIŃSCY SPÓŁKA AKCYJNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieluń/ 98-300/ Św.Barbary 4 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 730292865 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKI BURCHACIŃSCY; WEJDŹ PO ZDROWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/ 46-320/ Senatorska 31 |
| telefon/ telefony | 343588218 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Apteki Burchacińscy; wejdź po zdrowie! |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marszałka Józefa Piłsudskiego 1a |
| telefon/ telefony | 774026438 |
| Data dodania do wykazu | 14.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (16) | |
|--|--|
| nazwa: | APOTEX SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Sienkiewicza 12 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 532230768 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Centrum |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Krzywoustego 6 |
| telefon/ telefony | 774093785 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (17) | |
| nazwa: | Tomków Teresa "HERBA LTD" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Styki 1 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531553920 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Herba |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lasowice Wielkie/ 46-282/ Lasowice Wielkie 99A |
| telefon/ telefony | 774148835 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Apteka Na Zdrowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Klonowa 1 |
| telefon/ telefony | 343509650 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (18) | |
| nazwa: | Apteka Centralna mgr farm. Alicja Gadzińska Sp.J |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-418/ Aleja Witosa 26 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 532316582 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Centralna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-418/ Aleja Witosa 26 |
| telefon/ telefony | 774520899 |

| | |
|--|--|
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (19) | |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Produkcyjno-Handlowe Apimex sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin/ 62-510/ Hurtowa 2 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 092530344 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | PRIMA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Franklina Delano Roosevelta 2A |
| telefon/ telefony | 774823572 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (20) | |
| nazwa: | ZPHARMA SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/30-644/Henryka Kamińskiego 51 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 367101490 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Rynek 35/1U |
| telefon/ telefony | 775400887 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (21) | |
| nazwa: | Apteka WZGEM Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/ 80-309/ al.Grunwaldzka 411 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 363098153 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Gemini |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-068/ 1 Maja 13/1A |
| telefon/ telefony | 774066564 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (22) | |
| nazwa: | PZF Cefarm Warszawa S.A |

| | |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/ 40-431/ Szopieniecka 77 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 012859010 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka Cef@rm36,6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ Piłsudskiego 47 |
| telefon/ telefony | 774091582 |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (23) | |
| nazwa: | ERBERT GRZEGORZ NZOZ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/ 46-030/ Zagwizdziańska 16 |
| telefon/ telefony: | 77 42 10 013 |
| identyfikator REGON | 36782831200010 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ "Medicor" Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/ 46-030/ Zagwizdziańska 16 |
| telefon/ telefony | 77 42 10 013 |
| Data dodania do wykazu | 02.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (24) | |
| nazwa: | NZOZ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/ 46-034/ 1 Maja 30 B |
| telefon/ telefony: | 77 42 71 060 |
| identyfikator REGON | 53167366000029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/ 46-034/ 1 Maja 30 B |
| telefon/ telefony | 77 42 71 060 |
| Data dodania do wykazu | 02.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (25) | |
| nazwa: | NZOZ S.C."MED-IZB" Knosala Bernard, Knosala Robert, Knosala Emilia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Izbicko/ 47-180/ Powstańców Śląskich 34 |
| telefon/ telefony: | 77 46 17 288 |
| identyfikator REGON | 53154593200022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |

| | |
|--|---|
| nazwa: | MED-IZB punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Izbicko/ 47-180/ Powstańców Śląskich 34 |
| telefon/ telefony | 77 46 17 288 |
| Data dodania do wykazu | 02.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (26) | |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/ 47-260/ 1 Maja 13 |
| telefon/ telefony: | 77 48 75 129 |
| identyfikator REGON | 53160108500027 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ Astra-Medica punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/ 47-260/ Ligonja 4 |
| telefon/ telefony | 77 48 75 129 |
| Data dodania do wykazu | 02.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (27) | |
| nazwa: | "Zdrowie Rodziny" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony: | 504 219 333 |
| identyfikator REGON | 53246061700027 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony | 77 48 68 362 |
| Data dodania do wykazu | 05.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/ 48-144/ Wojnowicka 15 |
| telefon/ telefony | 77 48 57 290 |
| Data dodania do wykazu | 05.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/ 48-133/ Młyńska 13 |
| telefon/ telefony | 77 48 51 843 |

| | |
|--|---|
| Data dodania do wykazu | 05.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (28) | |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-759/ Wróblewskiego 46 |
| telefon/ telefony: | 26 16 25 129 |
| identyfikator REGON | 53156361100026 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Punkt szczepień p/grypie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-759/ Wróblewskiego 46 |
| telefon/ telefony | 533 352 384 |
| Data dodania do wykazu | 05.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (29) | |
| nazwa: | DOLNOŚLĄSKA GRUPA APTECZNA S.A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieruń/43-150 /Chemików 3 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 932692054 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Apteka LEKOSFERA DGA 9 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Łokietka 24 A |
| telefon/ telefony | 774045066 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (30) | |
| nazwa: | NZOZ VITA-MED S.C. EWA KRAUZE-BLAUMANN, PIOTR BLAUMANN |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścina/ 48-319/ Ogrodowa 67 |
| telefon/ telefony: | 600 340 565 |
| identyfikator REGON | 53155598800029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ VITA-MED Punkt szczepień Jędrzejów |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jędrzejów/ 49-200/ Jędrzejów 92 |
| telefon/ telefony | 44 41 58 100 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | NZOZ VITA-MED Punkt szczepień Chróścina |

| | |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścina/ 48-319/ Ogrodowa 67 |
| telefon/ telefony | 77 43 13 116 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (31) | |
| nazwa: | Artur Robert Świtła |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-357/ 1 Maja 90/6 |
| telefon/ telefony: | 77 41 41 327 |
| identyfikator REGON | 53157229000029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ Rodzina punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna/ 46-255/ Wierzbica Górna 67 |
| telefon/ telefony | 604 581 256 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (32) | |
| nazwa: | JÓZEF MURAWSKI NZOZ SANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Dworcowa 4/3 |
| telefon/ telefony: | 602 695 644 |
| identyfikator REGON | 36254231500018 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ Sanmed Tułowice punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/ 49-130/ Porcelanowa 17 |
| telefon/ telefony | 77 46 00 147 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | NZOZ Sanmed Łambinowice punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Dworcowa 4/3 |
| telefon/ telefony | 77 43 43 505 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | NZOZ Sanmed Jasienica Dolna punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasienica Dolna/ 48-315/ Jasienica Dolna 16 |
| telefon/ telefony | 77 43 59 621 |
| Data dodania do wykazu | 06.09.2022 |

| | |
|--|--|
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (33) | |
| nazwa: | NZOZ "OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Staszica 5 |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 724 |
| identyfikator REGON | 53165316500024 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ "OMEGA" Sp. z o.o. Otmuchów punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Krakowska 17 |
| telefon/ telefony | 77 43 15 050 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | NZOZ "OMEGA" Sp. z o.o. Paczków punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Staszica 5 |
| telefon/ telefony | 77 43 16 724 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (34) | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Os. Świerkle 15/18 |
| telefon/ telefony: | 77 46 22 065 |
| identyfikator REGON | 53140080800032 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek s.c. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Parafialna 1 |
| telefon/ telefony | 77 46 19 199, 517 093 676 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek s.c. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 4 |
| telefon/ telefony | 77 46 22 065, 517 093 945 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (35) | |
| nazwa: | NZOZ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK |

| | |
|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/ 46-380/ Moniuszki 2 |
| telefon/ telefony: | 34 35 75 275 |
| identyfikator REGON | 53164960800025 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ "ESKULAP" s.c. gabinet szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/ 46-380/ Moniuszki 2 |
| telefon/ telefony | 34 35 75 275 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (36) | |
| nazwa: | "MEDIUM" S.C. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/ 49-200/ Słowackiego 6 |
| telefon/ telefony: | 77 41 53 800 |
| identyfikator REGON | 53155725000029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | "MEDIUM" S.C. punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/ 49-200/ Słowackiego 6 |
| telefon/ telefony | 77 41 53 800 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (37) | |
| nazwa: | DIAYERUM POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 04-769/ Cylichowska 13/15 |
| telefon/ telefony: | 22 51 60 600 |
| identyfikator REGON | 14087891000030 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Diaverum Polska Sp. z o.o. Nysa punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Bohaterów Warszawy 23 |
| telefon/ telefony | 77 40 87 916 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Diaverum Polska Sp. z o.o. Głubczyce punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Skłodowskiej 26 |
| telefon/ telefony | 77 48 53 857 |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (38) | |
|--|--|
| nazwa: | APTEKA ANNA SANDOMIERSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Kolejowa 2A |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 530988774 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA NA DOBRE I NA ZŁE- CENTRUM FARMACEUTYCZNE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Celna 26/5U |
| telefon/ telefony | 774560077 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | APTEKA NASZA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 7/1 |
| telefon/ telefony | 77 431 51 36 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | NA DOBRE I NA ZŁE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Prudnicka 7/U2 |
| telefon/ telefony | 774336633 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (39) | |
| nazwa: | VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ Piłsudskiego 47 |
| telefon/ telefony: | 77 43 33 476 |
| identyfikator REGON | 53164504200022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Vita Spółka z o.o Nysa punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ Piłsudskiego 47 |
| telefon/ telefony | 77 40 17 031 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (40) | |
| nazwa: | NZOZ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Witosa 2A |

| | |
|--|---|
| telefon/ telefony: | 77 43 16 535 |
| identyfikator REGON | 53157048500044 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ MEDICUS punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Witosza 2A |
| telefon/ telefony | 77 43 16 535 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (41) | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/ 47-133/ Nowa Kolonia 14 |
| telefon/ telefony: | 77 46 38 393 |
| identyfikator REGON | 53154594900023 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Med-Jem punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/ 47-133/ Nowa Kolonia 14 |
| telefon/ telefony | 77 46 38 393 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (42) | |
| nazwa: | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Nyska 13 |
| telefon/ telefony: | 77 43 14 912, 77 43 90 520 |
| identyfikator REGON | 53243905000025 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | EL-MED Otmuchów punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Nyska 13 |
| telefon/ telefony | 77 43 90 520 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (43) | |
| nazwa: | NZOZ "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 6 |
| telefon/ telefony: | 77 46 16 382 |
| identyfikator REGON | 53156700000022 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ Eskulap punkt szczepień |

| | |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 6 |
| telefon/ telefony | 77 46 16 382 |
| Data dodania do wykazu | 08.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (44) | |
| nazwa: | FARMACJA UNO SP. ZOO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin/62-510/Hurtowa 2 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 634593733 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | PRIMA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bema 2A |
| telefon/ telefony | 774021886 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (45) | |
| nazwa: | NZOZ Gamed s.c. Jolanta Karliczek Paweł Grzanka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/ 46-380/ Parkowa 2a |
| telefon/ telefony: | 34 35 36 590 |
| identyfikator REGON | 16004749200027 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ Gamed punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/ 46-380/ Parkowa 2a |
| telefon/ telefony | 34 35 36 590 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (46) | |
| nazwa: | SP ZOZ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-075/ Krakowska 44 |
| telefon/ telefony: | 77 40 11 100 |
| identyfikator REGON | 53116351500023 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | MSWiA POZ punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-075/ Krakowska 44 |
| telefon/ telefony | 77 40 11 147 |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (47) | |
|--|---|
| nazwa: | REGINA BABIAK APTEKA OTMUCHOWSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39b |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 530505050 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA OTMUCHOWSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39b |
| telefon/ telefony | 774314416 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (48) | |
| nazwa: | NZOZ - SPÓŁKA CYWILNA, GRAŻYNA BOROWIK - BZDZION, JOLANTA IDASIAK, ANNA MARIA ZYGMUNT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Pieloka 14 |
| telefon/ telefony: | 34 35 05 370 |
| identyfikator REGON | 53166202300028 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ s. c. Grażyna Borowik-Bzdzion, Jolanta Idasiak, Anna Maria Zygmunt punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Pieloka 14 |
| telefon/ telefony | 34 35 05 370 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (49) | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNĄ SPÓŁKA AKCYJNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-864/ Niemodlińska 79 |
| telefon/ telefony: | 77 43 68 688 |
| identyfikator REGON | 53096880800033 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Optima Medycyna Opole Dambonia punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-861/ Dambonia 171 |
| telefon/ telefony | 77 88 72 121 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | Optima Medycyna Prudnik punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Nyska 1 |
| telefon/ telefony | 77 54 70 140 |

| | |
|--|---|
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | |
| nazwa: | Optima Medycyna Nysa punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Bracka 1 |
| telefon/ telefony | 77 88 72 129 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | |
| nazwa: | Optima Medycyna Dytmarów punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dytmarów/ 48-231/ Dytmarów 2a |
| telefon/ telefony | 77 43 61 902 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | |
| nazwa: | Optima Medycyna Raclawice Śl. punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raclawice Śląskie/ 48-250/ Zwycięstwa 60 |
| telefon/ telefony | 77 43 76 588 |
| Data dodania do wykazu | 13.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (50) | |
| nazwa: | APTEKA W STD REAL PRZEDSIĘBIORSTWO FARMACEUTYCZNE MULTI-LEK G.SZYMAŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Kazimierza Sosnkowskiego 16 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531542862 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA W STD real MULTI - LEK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Kazimierza Sosnkowskiego 16 |
| telefon/ telefony | 774581109 |
| Data dodania do wykazu | 14.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (51) | |
| nazwa: | Irena Topa-Dobrowolska |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prószków/ 46-060/ Polna 1 |
| telefon/ telefony: | 77 46 49 007 |
| identyfikator REGON | 53120610100047 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |

| | |
|--|---|
| nazwa: | SNZOZ REMEDIA punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prószków/ 46-060/ Polna 1 |
| telefon/ telefony | 77 46 49 007 |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (52) | |
| nazwa: | "KARDIOLOGIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Henryka Pobożnego 1 |
| telefon/ telefony: | 530 808 464 |
| identyfikator REGON | 16006680000029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Powszechny punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Henryka Pobożnego 1 |
| telefon/ telefony | 530 808 464 |
| Data dodania do wykazu | 15.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (53) | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIUM" ZOFIA GŁUCHA-WOJDAK, KAZIMIERZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Kolejowa 2 |
| telefon/ telefony: | 774 480 803 |
| identyfikator REGON | 53223397900029 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | NZOZ REMEDIUM Nysa punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Kolejowa 2 |
| telefon/ telefony | 774 480 803 |
| Data dodania do wykazu | 16.09.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (54) | |
| nazwa: | APTEKA SŁOWIAŃSKA S.C.PAWOWICZ EWA PAWOWICZ STANISŁAWA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Słowiańska 21 a |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531813367 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA SŁOWIAŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Słowiańska 21 a |
| telefon/ telefony | 774 355 608 |
| Data dodania do wykazu | 16.09.2022 |

| | |
|---------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu | |
|---------------------------|--|

Dyrektor OOW NFZ
Robert Bryk

Opole, 16.09.2022 r.