

## 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.   |                       |   |
| 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   |                       |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 4   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn - Koźle/47-200/Roosevelta 2   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 77 40 62 526   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 22.07.2021   |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Gabinet Medycyny Szkolnej  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Harcerska 11   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774062941  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 16.07.2021   |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 01.11.2021   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 3</b> |  |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-759/ul. Walerego Wróblewskiego 46   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 261625825  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 4</b> |  |                       |  |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Brzeskie Centrum Medyczne  | <b>W</b>                     |  |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Brzeskie Centrum Medyczne  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774446536  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 18.01.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu - Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. Marii Skłodowskiej -Curie (Punkt Szczepień Powszechnych) |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 31.03.2022   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 5</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 77 427 34 91   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 933040945  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku  | <b>W</b>                     |  |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ozimek/46-040/Częstochowska 31   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774273491  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 6</b> |  |                              |  |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| nazwa:  | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O.  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 77 4467228, 77 4467229  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 160213499   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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   | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21   |                       |   |
| telefon/ telefony   | 77 4467228, 77 4467229  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 28.12.2020  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | 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   |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | 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   |   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | rodzaj punktu*        | liczba zespołów (w miejscu)                 |
| nazwa/nazwa apteki:   | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - <b>Punkt Szczepień Powszechnych</b>                                 |                       | 2   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zespół Szkół im. J. Kilińskiego<br>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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - <b>Kampus Politechniki Opolskiej - Punkt Szczepień Powszechnych</b> |                       | 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  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 7</b> |   | 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | <b>W</b>                     |  |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 8</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku            |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej-Curie 23                 |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 77 417 35 00   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 532421008  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku            | <b>W</b>                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej-Curie 23                 |                              |  |
| telefon/ telefony   | 77 417 35 00   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 28.12.2020   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku            | <b>W</b>                     |  |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 9</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku  | <b>W</b>                     |  |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |  |                       |   |
|--|--|-----------------------|---|
| 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  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 10</b> |  |                       |   |
| 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/Krakowska 44  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 77 401 11 00   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 531163515  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 11</b> |  |                       |   |
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 12</b> |  |                       |   |
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 13</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SP ZOZ W Głubczycach  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 480 11 70  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000311579   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | SP ZOZ W Głubczycach  | W                            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 77 480 11 70  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 28.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień   |                              | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głubczyce/48-100/Marii Skłodowskiej Curie 26                            |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774801163   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | SP ZOZ w Głubczycach -Ratusz w Głubczycach-Punkt Szczepień Powszechnych |                              | 4  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głubczyce/48-100/Rynek 1  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 726203944   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 20.04.2021r.  |                              | PSP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 14</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.                                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10                                      |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 404 02 48  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 160216463   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                              |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|--|---|-----------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki:  | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. - Zespół Szkół Rolniczych im. Tadeusza Kościuszki w Namysłowie<br><b>(Punkt Szczepień Powszechnych)</b> |                       | 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Namysłowskie Centrum Zdrowia z o. o. <b>(Punkt Szczepień Powszechnych)</b>  |                       | 4  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 4   |                       |  |
| telefon/ telefony  | 534573053   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 09.08.2021  |                       | PSP  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 31.03.2022  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 15</b> |   |                       |  |
| 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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 16</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774433123   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53141815100039  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 17</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 452 07 45  |                       |  |



|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON  | 530512391  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu                      | <b>W</b>                     | <b>POP</b>   |
| 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  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Szpital Tymczasowy |                              | <b>3</b>   |
| 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   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 18</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi           | <b>W</b>                     |  |
| 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  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 19</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie                             |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34                            |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 408 78 30   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000313443  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie                             | <b>W</b>                     |  |
| 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  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie                             | <b>W</b>                     |  |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 20</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego |                              |  |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | <b>P</b>                     |  |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 21</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.                       |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kup/46-082/Miarki 14  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 403 28 50  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 530938517   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.                       | <b>P</b>                     |  |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Gabinet Pielęgniarki POZ                                      |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chróścice/46-080/Korfantego 1A                                |                              |  |
| telefon/ telefony  | 77 469 52 35  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 22</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej                               |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16                 |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 439 15 68  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 000317665   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej                               | <b>P</b>                     |  |
| 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  |   |                              |  |

| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |                                |  |
|--|--|------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  |                              | <b>rodzaj punktu*</b>          | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                              |                                | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |                                |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 23</b> |  |                              |                                |  |
| nazwa:   | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu                      | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8  |                              |                                |  |
| telefon/ telefony:   | 77 434 06 34   |                              |                                |  |
| identyfikator REGON  | 000640136  |                              |                                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                              | <b>rodzaj punktu*</b>          | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |  |                              |                                |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 24</b> |  |                              |                                |  |
| nazwa:   | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18  |                              |                                |  |
| telefon/ telefony:   | 77 403 43 02   |                              |                                |  |
| identyfikator REGON  | 000291055  |                              |                                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                              | <b>rodzaj punktu*</b>          | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |  |                              |                                |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 25</b> |  |                              |                                |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c.                                    | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b> |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13  |                              |                                |  |
| telefon/ telefony:   | (77)415 52 41  |                              |                                |  |
| identyfikator REGON  | 53246040000023   |                              |                                |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  |                              | <b>rodzaj punktu*</b>          | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |  |                       |   |
|--|--|-----------------------|---|
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED"<br>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.   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 26</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie 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   |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 774844855  |                       |   |
| identyfikator REGON  | 53219823700029   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 27</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA LESZEK WYRWA  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 604409581  |                       |   |
| identyfikator REGON  | 53226099900020   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| 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   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 28</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | Irena Pass-Szczepańska   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bierawa/47-240/ul.Dworcowa 8   |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 77 4872145   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 53100154000030   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |   |
|  |  |                       | POP   |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 29</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | PIAST-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5/1   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 500201401  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 531686377  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | PIAST-MED  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5   |                              | <b>POP</b>   |
| telefon/ telefony  | 774834002  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 30</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Pediatria i Rodzinna "SYNAPSA" S.C.Gumińska Anna Miozga Kornelia |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774436653  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53218266700023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/Częstochowska 31   |                              | <b>POP</b>   |
| telefon/ telefony  | 774436653  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 31</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Zdrowie Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Branice/48-140/ul.Szpitalna 18   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774868362  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53246061700027   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Przychodnia w Branicach  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Branice/48-140/ul. Szpitalna 18  |                              | <b>POP</b>   |
| telefon/ telefony  | 774868362  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 32</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Przychodnia we Włodzieninie  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Włodzienin/48-144/ul.Wojnowicka 15   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774857290  |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON  | 53246061700027   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Przychodnia we Włodzieninie  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Włodzienin/48-144/ul. Wojnowicka 15  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774857290  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 33</b> |  |                              |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Maria Żymętka             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowa Cerekwia/48-133/ul.Młyńska 13   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774851843  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53115369800050   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego                                      |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 01.12.2021   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 34</b> |  |                              |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" Sp. z o.o.   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Opolskie/47-100/ul.Henryka Pobożnego 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 530-808-464  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 16006680000029   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA"  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 530808464  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | NZOZ KARDIOLOGIA Strzelce Opolskie - Powiatowe Centrum Kultury ( <b>Punkt Szczepień Powszechnych</b> ) |                              | <b>6</b>   |
| 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   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 35</b> |  |                       |   |
| nazwa:   | ODNOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 36</b> |  |                       |   |
| nazwa:   | NZOZ OŚRODEK ZDROWIA W GRACZACH JACEK<br>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   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | 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  |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | 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. Ciepeliowicka 13  |                       | 1   |
| telefon/ telefony  | 602451089  |                       |   |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 37</b> |  |                       |   |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD<br>s.c. Gallus Grażyna, Krzemińska Weronika                 | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ujazd/47-143/ul.Mickiewicza 3   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774637089   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53154541200025  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD<br>s.c.   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ujazd/47-143/Mickiewicza 3  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774637089   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 38</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA<br>ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krapkowice/47-303/ul.Jagillońska 29   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53166869800021  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza Rodzinnego   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krapkowice/47-303/ul. Jagiellońska 29   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774661895   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 39</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP"<br>s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zawadzkie/47-120/ul.Waryńskiego 6   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53156700000022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c.  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zawadzkie/47-120/ul. Waryńskiego 6  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774616382   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 40</b> |   |                              |  |



|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka<br>Cywilna R. Stefan & J. Domańska-Dziurkowska  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Śląski/46-310/ul.Krasickiego 8  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 692453646  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53166001800026   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka<br>Cywilna R. Stefan, J. Domańska - Dziurkowska |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gorzów Śląski/46-310/Krasickiego 8   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 343594490  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 41</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tułowice/49-130/ul.Porcelanowa 17  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 602695644  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 36254231500018   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tułowice/49-130/ul. Porcelanowa 17   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774600147  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 42</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ   |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ - Strzeleccki   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzeleccki/47-364/ul. Sienkiewicza 31   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774749696  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 43</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>SANMED LILIANA LEJKOWSKA-OLSZEWSKA, PAWEŁ<br>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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 44</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 45</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | Mariusz Śliwiński   |                       |  |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żytarów 181 /46-325   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| telefon/ telefony:   | 608687556   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 16022389400020  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                       | szczepienie personelu | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żytarów 181 /46-325   |                       |  |
| telefon/ telefony  | 608 687 556   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 46</b> |   | 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                                   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 46 95 807  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53160391900030  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                       |  |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED                           |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrzeń Wielki/46-081/Reymonta 2                                      |                       |  |
| telefon/ telefony  | 660319688   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  | POP                   |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 47</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | PRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA     |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Baborów/49-120/ul.Wiejska 2B  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| telefon/ telefony:   | 775559630   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53245700600028  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                       |  |
| nazwa/nazwa apteki:  | punkt szczepień   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
| 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  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 48</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED           |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wronin/47-260/ul. Głębczycka 19                                       |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774875207   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53166761200036  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                       |  |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień   |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19                                 |                              | 1  |
| telefon/ telefony  | 774875207   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 31.03.2022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 49</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | Dorota Łotecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2                                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774871125   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53166762900020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 50</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | Bożena Irena Wąsiak   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Raclawicka 1                        |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 667676681   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53088015000039  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 51</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | Ewa Stefania Langner  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2                                    |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774830425   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53123095000022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 52</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" Karina Elżbieta Dylla | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 46 51 917  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53127044100023  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna"                       |                              | <b>1</b>   |
| 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  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 53</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | KRYSTYNA WERONIKA STANULA   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774820112   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53095563900022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt szczepień   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774820112   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 54</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | NZOZ Wit-Med Witold Madej   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 791933233   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53162825600024  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | NZOZ Wit-Med Witold Madej   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 794104204   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 55</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | MEDYK - K SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-225/JULIANA TUWIMA 6B/9                                   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774036067   |                              |  |

|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON  | 161487365  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Medyk-K sp z o.o. Przychodnia  |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 56</b> |  |                              |  |
| nazwa:   | Ewa Drop-Kubów   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wotczyn/46-300/ul. Dworcowa 9  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774188680  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53115900500028   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Gabinet Zabiegowy  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wotczyn/46-250/ul. Dworcowa 9  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774188680  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 57</b> |  |                              |  |
| nazwa:   | Centrum terapii Holistycznych dr Holy  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10 lok. 1-2  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 516550330  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 93020197400042   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Centrum terapii Holistycznych dr Holy  |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 58</b> |  |                              |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-075/ul. Krakowska 44  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774011170  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53116351500023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-075/ul. Krakowska 44  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774011147  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 59</b> |  |                              |  |

|  |   |                       |   |
|--|---|-----------------------|---|
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | 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  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 60</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK,<br>ANDRZEJ HAJDAS                                  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jemielnica/47-133/ul. Nowa Kolonia 14   |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 77 46 38 393  |                       |   |
| identyfikator REGON  | 531545949   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                       |   |
| nazwa/nazwa apteki:  | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK,<br>ANDRZEJ HAJDAS                                  |                       |   |
| 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  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 61</b> |   |                       |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"ZAODRZE" w Opolu                       |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-714/ul. Licealna 18  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 48 77 88 733 01   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| identyfikator REGON  | 53157492200021  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   |                       |   |
| nazwa/nazwa apteki:  | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-714/ul. Licealna 18  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| telefon/ telefony  | 77873303  |                       |   |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 01.04.2022 r.   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 62</b> |   |                       |   |
| nazwa:   | MARIAN I ELŻBIETA ŁYCZKO, INDYWIDUALNA<br>PRAKTYKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA<br>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  |                       |   |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa/nazwa apteki:  | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zdziechowice/46-310/ 16   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 343593313   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | <b>POP</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 63</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Aniela Maria Dembczak   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gościęcín/47-270/ul. Kozielska 64   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774879159   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53166765800022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Gościęcín/47-270/Kozielska 64   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774879159   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | <b>POP</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 64</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | ERBERT GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | +48774210013  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 36782831200010  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicor"   |                              | <b>1</b>   |
| 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  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | <b>POP</b>   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 65</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C.   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodków/49-200/Słowackiego 6  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774153800   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53155725000029  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C.   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodków/49-200/Słowackiego 6  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774153800   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              | <b>POP</b>   |



|  |  |                              |  |
|--|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 66</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>ANDRZEJ PROSZEWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ           |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olesno/46-300/Pieloka 14   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 34 35 04 261   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 16000525200027   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Przychodnia POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olesno/46-300/Pieloka 14   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 343504250  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | NZOZ Andrzej Proszewski Sp. z o.o. w Oleśnie - Zespół<br>Szkół w Oleśnie ( <b>Punkt Szczepień Powszechnych</b> ) |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Olesno/46-300/ul. Sądowa 2,  |                              | <b>4</b>   |
| telefon/ telefony  | 343750150  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021   |                              | <b>PSP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 07.10.2021r.   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 67</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed<br>Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | +48774318399   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 532414400  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed<br>Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | +48774318399   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 68</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.-<br>MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA<br>BARBARA                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pokój/46-034/1 Maja 30B  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 42 71 060   |                              |  |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| identyfikator REGON  | 5316736600029   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 69</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 21  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 447 10 00  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 16028660100020  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia lekarza POZ  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 21  |                       |  |
| telefon/ telefony  | 77 549 26 00  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 70</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                              | <b>PSP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 31.03.2022  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | OPTIMA MEDYCYNĄ Prudnik - Zespół Szkół Rolniczych w Prudniku (Punkt Szczepień Powszechnych)                         |                              | <b>4</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Prudnik/48-200/ ul. Kościuszki 76   |                              |  |
| telefon/ telefony  | 532407689   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021  |                              | <b>PSP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 31.03.2022  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 71</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO P. ROMANOWICZ, R. CIEŚLEWICZ SPÓŁKA JAWNA |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774842746, 4842400  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53164104400020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupa Praktyka Lekarza Rodzinnego P. Romanowicz R. Cieślewicz Spółka Jawna    |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774842400   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 72</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" A.Tomalik J.Tomalik Spółka jawna                                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodków/49-200/Słowackiego 5  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774155427 774153502   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 532328208   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" S.J.  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodków/49-200/Słowackiego 5  |                              |  |
| telefon/ telefony  | 774155427   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 73</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18   |                              |  |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony:   | 774622065   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 531400808   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK<br>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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 74</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK<br>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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK<br>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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 75</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A  |                       |  |
| telefon/ telefony  | 774317867   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 76</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | KLINIKA NOVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosa 7   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 7070100  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 161509339   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Szpital   |                       |  |

|  |   |                       |  |
|--|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosa 7                   |                       | 1  |
| telefon/ telefony  | 777070100   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 77</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wierzbięcice/48-303/110                           |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 40 93 950                                      |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53164504200022                                    |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej            |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nysa/48-303/Piłsudskiego 47                       |                       | 1  |
| telefon/ telefony  | 77 401 70 03                                      |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 78</b> |   |                       |  |
| nazwa:   | Bożena Lewińska                                   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łambinowice/48-316/Parkowa 10                     |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774343450   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53104575000039                                    |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia POZ - Łambinowice                        |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łambinowice/48-316/Parkowa 10                     |                       | 1  |
| telefon/ telefony  | 774343450   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 79</b> |   |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| nazwa:   | AL-MED D.Makieła J.Makieła Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Jawna                       | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 608632846   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53156417700021  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Punkt Szczepień   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774638126   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 80</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 602695644   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 36254231500018  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774343505   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Jasienica Dolna/48-315/Jasienica Dolna 16   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774359621   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 81</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 6   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774181112   |                              |  |

|  |   |                       |   |
|--|---|-----------------------|---|
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 82</b> |   |                       |   |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Sp. z o. o.                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 343591001   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 53166688300028  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ - dla dorosłych  |                       | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8  |                       |   |
| telefon/ telefony  | 343591001   |                       |   |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 83</b> |   |                       |   |
| nazwa:   | 'MEDICUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Prudnik/48-200/Kościuszki 15  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 774362525   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 531568070   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:  | Przychodnia Lekarska Medicus  |                       | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Prudnik/48-200/Kościuszki 15  |                       |   |
| telefon/ telefony  | 77 406 83 15  |                       |   |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 84</b> |   |                       |   |
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | 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  |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 85</b> |   |                       |   |

|  |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>FAMILIA S.C.KIŻYS JOLANTA WESOŁOWSKA<br>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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 18.01.2021   |                       | POP  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 86</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Elżbieta Izabela Jarka - Dorskocz  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otmuchów/48-385/Kańków 65  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774356385  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53244095100024   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       | POP  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | NZOZ SAL-MED. Kańków / Otmuchów - Zespół Szkół w<br>Otmuchowie - hala sportowa ( <b>Punkt Szczepień<br/>Powszechnych</b> ) |                       | 8  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otmuchów/ 45-385/ ul.Krakowska 36  |                       |  |
| telefon/ telefony  | 774315130; 774315197; 774356368; 774315156;<br>774315027; 774390775  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 21.04.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 02.07.2021   |                       | PSP  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 87</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | S.C. "DELTA" JANUSZKIEWICZ A. GAJDA I. DŁUGOSZ<br>M. WYWIOŁ A.   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Krapkowice/47-300/Os. XXX - lecia 17   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774663129  |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53156991500026   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 88</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CORRIGO medical Rafał Chmura                              |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77481 38 81   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53094784100020  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1   |                       |  |
| telefon/ telefony  | 667676681   |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 89</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POLIMED" TKACZYŃSKI, MICHALAK, BUCZEK, SPÓŁKA PARTNERSKA |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7   |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 774512065   |                       |  |
| identyfikator REGON  | '53242112600020   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 90</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK S.C. Walter-Werra Urszula Kulisa Elżbieta           |                       |  |
| 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   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 91</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | WYŻGOWSKA EWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-EWA"  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Prudnik/48-200/Kościuszki 15   |                       |   |
| telefon/ telefony:   | 77 436 91 11   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 53112042800021   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 92</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum"<br>Aleksandra Dekiel  |                       |   |
| 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   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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   |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 18.01.2021   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 93</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Głogówek/48-250/Targowa 6  |                       |   |
| telefon/ telefony:   | '605 224 081   |                       |   |
| identyfikator REGON  | 16007336000029   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | 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  |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 94</b> |  |                       |  |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie leszek Ryszard Spychała                             | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kadłub/47-100/Zamkowa 8  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | 77 4636495   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 531566182  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 95</b> |  |                       |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE"   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30  |                       |  |
| telefon/ telefony:   | '774412072   |                       |  |
| identyfikator REGON  | 53157728600020   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ   |                       | 7  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30  |                       |  |
| telefon/ telefony  | 774412072  |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020, 25-05-2021 zmiana  |                       | PSP  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 01.04.2022 r.  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | <b>Punkt Szczepień Powszechnych</b>  |                       | 9  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-083/Barlickiego 13  |                       |  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony  | 739-000-392   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 19.04.2021  |                              | PSP  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 01.06.2021  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 96</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsza/49-313/Szkolna 1c  |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774118551 603850069   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53155428500020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Ogólna   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubsza/49-313/Szkolna 1c  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774118551   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Lekarza POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brzeg/49-300/Sergiusza Mossora 6  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774118551 603850069   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 97</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | TAR-MED SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY E. GOSPODAREK, G. GOSPODAREK, K. KACORZYK-MATYSIK         | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774032295   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53157449000028  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Ogólna   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774032295   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | Poradnia Ogólna   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nakło/46-050/Przedszkolna 1   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 774644114   |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  | 21.08.2021  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 98</b> |   |                              |  |

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

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 101</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI"  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 601 458 242   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 272069185   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI"  |                              | <b>1</b>   |
| 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  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 102</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NZOZ "DOM-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głubczyce/48-100/ Żeromskiego 25c   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | '796786604  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 366420425   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ "DOM-MED" Sp. z o.o.   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głubczyce/48-100/ul. Żeromskiego 25C  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 796786604   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 103</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gamed s.c.<br>Jolanta Karliczek Paweł Grzanka                         |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrodzień/46-380/Parkowa 2a  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 601808066   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 16004749200027  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrodzień/46-380/ul. Parkowa 2a  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 343536590   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 104</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:  | 77 48 42 745  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 532202074   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 105</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 106</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOMAG-MED. Magiera i Gibki Lekarska Spółka Partnerska   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łosiów/49-330/Słowackiego 1   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 602644306   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53155273100020  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olszanka/49-332/Olszanka 38a  |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 602644365   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 107</b> |   |                       |  |
| nazwa:  | ZDROWIE S.C. H.KĘDZIERSKA A.POHL  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Biała/48-210/Opolska 2  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774387010   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53157011400026  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Biała/48-210/ul. Opolska 2  |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774387010   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 108</b> |   |                       |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR"<br>Marek Dekiel                         | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielcza/47-126/Księża Wajdy 21  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774049090   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53150470300029  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR"   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielcza/47-126/ul. Księża Wajdy 21  |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774049090   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 04.02.2021  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 109</b> |   |                       |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka<br>z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774312187   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53167192100026  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Ogólna   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2  |                       | 1  |



|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| telefon/ telefony   | 774312187   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 110</b> |   |                       |   |
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 111</b> |   |                       |   |
| nazwa:  | Grażyna Barbara Mrugała-Marcyniuk   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krępna/47-330/Jasiońska 8   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 774844497   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 53121943400045  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 112</b> |   |                       |   |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gogolin/47-320/Szkolna 2  |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 774076961   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 16003220800021  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 113</b> |   |                       |   |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-641/Oświęcimska 92A  |                       |   |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| telefon/ telefony:  | 774562717  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53166998200023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-641/ul. Oświęcimska 92A   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 501266130  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 114</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA "NOWA PRZYCHODNIA" FLORCZAK ANDRZEJ, TOMCZYK RENATA, MUSIALIK-CELTA KRYSZYNA SPÓŁKA PARTNERSKA | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gogolin/47-320/Szkolna 2   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774076973  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53167509500022   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774076973  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 115</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski                                | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lewin Brzeski/49-340/Aleja Wojska Polskiego 21   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774127276  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53157454300027   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski                                |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 116</b> |  |                              |  |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"<br>Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczyca | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Namysłów/46-100/Mickiewicza 8   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774101355   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 5316674400023   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE<br>Spółka Cywilna   |                              | <b>1</b>   |
| 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  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 117</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | ZWM MALINKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-285/Szarych Szeregów 72  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774559799 234 774559799 234 608242298   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53165841200024  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Punkt Szczepień dla dzieci  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-285/ul. Szarych Szeregów 72  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774559799 234 774559799 234 608242298   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 118</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Paczków/48-370/Staszica 5   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 77 43 16 724  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53165316500024  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp.<br>z o.o.   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Paczków/48-370/Staszica 5   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 691755086   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp.<br>z o.o.   |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/Krakowska 17  |                              |  |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| telefon/ telefony   | 691755086  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 119</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Artur Robert Światała  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wierzbica Górna/46-255/Wierzbica Górna 67  |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 774141327  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 53157229000029   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | 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   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 120</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Krzysztof Banasik Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy "INPARCO"   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Bolesława Krzywoustego 2   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 774832144  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 53134678200030   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Powstańców 70  |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 774832144  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 121</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SPÓŁKA CYWILNA, GRAŻYNA BOROWIK - BZDZION, JOLANTA IDASIAK, ANNA MARIA ZYGMUNT |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/Jana Pieloka 14  |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 34 35 05 370   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 53166202300028   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | 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      |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/Pieloka 14   |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 343505370  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 122</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/Nyska 13  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774390520, 774314912  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53243905000025  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Punkt Szczepień   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/Nyska 13  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 774390520   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 123</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" GRAŻYNA WASIAK                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 343591186   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 15089711700026  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Alergologiczna   |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A  |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 343591186   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 124</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9                                 |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 774822686   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 08.11.2021  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 125</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774474600   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 126</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774413234   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 14334316600059  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1  |                              | <b>1</b>   |
| 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  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 127</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>PRAKTYKA LEKARZY ROZINNYCH MEDICA<br>S.C.B.BENICKI J.KUSTRA K.ADAMIK A.TOMCZYK | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774615324   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53155625500028  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka<br>Lekarzy Rodzinnych "MEDICA" s.c.                                      |                              | <b>0</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774615324   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 14.06.2021  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 128</b> |   |                              |  |
| nazwa:  | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie”  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka 3A  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 77 4216018  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 150056180   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie”  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka3A   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 77 4216018  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 129</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
|---|---|--------------------|---|
| nazwa:  | OPTIMA MEDYCYNĄ SPÓŁKA AKCYJNA  |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-861/Dambonia 171   |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 77 887 21 21  |                    |   |
| identyfikator REGON   | 53096880800033  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | 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   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Przychodnia Lekarska Raclawice Śląskie  |                    | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Raclawice/48-250/Zwycięstwa 60  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 77 437 65 88  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                    | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Przychodnia Lekarska Dytmarów   |                    | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dytmarów/48-231/Dytmarów 2a   |                    |   |
| telefon/ telefony   | 77 436 19 02  |                    |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                    | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 130</b> |   | szczenie personelu | szczenie populacyjne                        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA |                    |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chrzastowice/46-053/Polna 2B  |                    |   |
| telefon/ telefony:  | 775506808   |                    |   |
| identyfikator REGON   | 53157273900023  |                    |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*     | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PANACEUM" S.C.   |                    | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chrzastowice/46-053/Polna 2B  |                    |   |
| telefon/ telefony   | 775506808   |                    |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                    | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                    |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 131</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
|---|--|------------------------------|--|
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Namysłów/46-100/Pocztowa 7   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774100468  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 160361544  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Namysłów/46-100/Pocztowa 7/7   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774100468  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 132</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774875129  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 531601085  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak  |                              | <b>1</b>   |
| 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   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 133</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Punkt Szczepień  |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F  |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774185500  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 134</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                              |  |



|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/31-864/prof. Michała Życzkowskiego 16                 | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| telefon/ telefony:  | 12 29 50 100   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 356366975  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 135</b> |  | 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | CMR Medycyna Rodzinna  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-273/Fieldorfa 2                                     |                       |  |
| telefon/ telefony   | 22 450 50 01   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 136</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7                                    |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774351941  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 531209654  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7                                    |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774351941  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 137</b> |  |                       |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| 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 1/1   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774833722  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53125119400022   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/1   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774833722  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 138</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | Maria Teresa Czerner   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7  |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 774009807  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 532415752  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Maria Teresa Czerner   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774009807  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020   |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 139</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | REMEDIUM CHOLEWIŃSKI,MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 77 413 40 58   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53164907000022   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 140</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA                          |                       |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chrząstowice/746-053/ul. Polna 2B   |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 775506808   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53157273900023  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PORADNIA OSOWIEC  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSOWIEC/46-023/OLESKA 7   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 507418812   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 141</b> |   |                       |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>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.   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ CYTRAMED   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 343599050   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 142</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "REMEDIA"                                    |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774649007   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 143</b> |   |                       |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS -<br>MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA<br>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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PORADNIA POZ  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KARŁOWICE/46-037/KOLEJOWA 8   |                       | 1  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| telefon/ telefony   | 774697226   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 144</b> |   |                       |  |
| 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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 77 500 59 90  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 31.03.2022  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 145</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PORADNIA OGÓLNA   |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76  |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774357685   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 146</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B   |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 774607704   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 147</b> |   | 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   |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA  |                       | 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  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 148</b> |   | 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | GABINET PIELĘGNIARKI POZ  |                       | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 600853495   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 149</b> |   | 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | PUNKT LEKARSKI LASOWICE MAŁE  |                       | 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LASOWICE MAŁE/46-280/ODRODZENIA 10  |                       |   |
| telefon/ telefony   | 774148221   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 150</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | MEDICOM Spółka Cywilna  |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2   |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 774646130   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 16146636300025  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | 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   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 151</b> |   |                       |  |
| 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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NALIGONIA SP. Z O.O.  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 734150798   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 152</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PORADNIA OGÓLNA   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ŁUKOWICE BRZESKIE/49-353/ 82  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774444903   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 153</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | ZUM KAMMED SP. Z O. O.  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZEG/49-300/UL. HERBERTA 1   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774161111   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| 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   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 154</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 155</b> |   |                       |  |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 156</b> |   |                       |  |

|   |   |                       |  |
|---|---|-----------------------|--|
| 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   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ MED.-VITA S.C.   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774163215   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020  |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 157</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK     |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 53164960800025  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c.  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 343575275   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020 r.   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 158</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2  |                       |  |
| identyfikator REGON   | 382547290   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Punkt Szczepień   |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 606769457   |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.12.2020 r.   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ "VITA" SP. Z O.O. Kozłowice  |                       | 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kozłowice/46-310/ul. Oleska 5   |                       |  |
| telefon/ telefony   | 606769457   |                       |  |



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

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| 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.  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 162</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS<br>KAZIMIERZ MIKLUS  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774127528  |                              |  |
| identyfikator REGON   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS<br>KAZIMIERZ MIKLUS  |                              | <b>1</b>   |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 163</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774194111  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 160075873  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak  |                              | <b>1</b>   |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 164</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | Marcinkowskiego Chudy Obara  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774091700  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 53238426000025   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ   |                              | <b>1</b>   |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 165</b> |  |                              |  |
| nazwa:  | PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w<br>Warszawie, Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-<br>Kozłe Mostowa | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |

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

|   |   |                       |   |
|---|---|-----------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6                     |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 77 41 00 392  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 01.04.2021  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 169</b> |   |                       |   |
| 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                                      |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | ORTOPEDIA S.C.                                      |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-222/Oleska 97                              |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 77 474 32 09  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 01.04.2021  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 170</b> |   |                       |   |
| 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                                      |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Centrum Medyczne PROMEDIC                           |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-062/T.Kościuszki 35                        |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 531 347 160   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 01.04.2021  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 01.07.2021  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Centrum Medyczne PROMEDIC                           |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-404/Al.Solidarności 26                     |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 531 347 160   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 12.04.2021  |                       | POP   |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 171</b> |   |                       |   |
| nazwa:  | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/Skłódowskiej - Curie 21            |                       |   |
| telefon/ telefony:  | 77 447 10 00  |                       |   |
| identyfikator REGON   | 16028660100020                                      |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z.O.O - punkt szczepień          |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/Sportowa 7                         |                       | 1   |
| telefon/ telefony   | 77 549 27 00  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 01.04.2021  |                       | POP   |

|   |                                     |                              |  |
|---|-------------------------------------|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu   | 20.04.2021                          |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 172</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | DIABETICA Sp zo.o.                  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27   |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 77 544 41 00                        |                              |  |
| identyfikator REGON   | 16031994400026                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | DIABETICA Sp zo.o.                  |                              | <b>1</b>   |
| 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                          |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 173</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ VITA SP                        |                              | <b>1</b>   |
| 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                          |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 174</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy |                              | <b>1</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774391405                           |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 04.05.2021                          |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu   |                                     |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 175</b> |                                     | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |                                     | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ HELP-MED. s.c.                 |                              | <b>1</b>   |
| 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   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | NZOZ HELP-MED. s.c.                           |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łącznik/48-210/Sportowa 2a                    |                       | 1  |
| telefon/ telefony   | 698649042                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 04.05.2021                                    |                       | POP  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 176</b> |   |                       |  |
| 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                                     |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Gemini                                 |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-068/ul. 1 Maja 13/1A                 |                       | APT  |
| telefon/ telefony   | 774066564                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 23.06.2021                                    |                       | 3  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 177</b> |   |                       |  |
| 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                                     |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | APTEKA GEMINI                                 |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zawadzkie/47-120/ul. Opolska 34               |                       | APT  |
| telefon/ telefony   | 774616868                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 23.06.2021                                    |                       | 2  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | APTEKA GEMINI                                 |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-364/Słowackiego 2                    |                       | APT  |
| telefon/ telefony   | 774542321                                     |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 28.06.2021                                    |                       | 2  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 178</b> |   |                       |  |
| 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                                     |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka LAWENDOWA                              |                       |  |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Popielów/46-090/ul.Wolności 14                               |                       | APT   |
| telefon/ telefony   | 774010716  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 23.06.2021   |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 179</b> |  |                       |   |
| 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Prószkowska   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prószków/46-060/ul. Daszyńskiego 1b                          |                       | APT   |
| telefon/ telefony   | 77 404 70 10   |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 28.06.2021   |                       | 1   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 180</b> |  |                       |   |
| nazwa:  | Druga Apteka Zdrowit spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piekary Śląskie/41-943/Diamentowa 3                          |                       |   |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 243262000  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Zdrowit   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głubczyce/48-100/pl. 1 Maja 9                                |                       | APT   |
| telefon/ telefony   | 774850912  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 28.06.2021   |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 181</b> |  |                       |   |
| nazwa:  | APOTEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/Sienkiewicza 12                              |                       |   |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 532230768  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | APTEKA CENTRUM   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/ul. Mariacka 10                                  |                       | APT   |
| telefon/ telefony   | 774025034  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 28.06.2021   |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | APTEKA CENTRUM   |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300 /Bolesława Krzywoustego 6                        | -                     | APT   |

|   |  |                       |   |
|---|--|-----------------------|---|
| telefon/ telefony   | 774093785  |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  | 09.09.2021                                       |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 182</b> |  | 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  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Zdrowit                                   |                       | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/ul. Księdza Ściegiennego 5      |                       |   |
| telefon/ telefony   | 77-417-40-16                                     |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 28.06.2021                                       |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 17.08.2021                                       |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Zdrowit                                   |                       | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-401-ul. Bielska 1                       |                       |   |
| telefon/ telefony   | 775507300  |                       |   |
| Data dodania do wykazu  | 02.07.2021                                       |                       | 2   |
| Data wykreślenia z wykazu   | 22.07.2021                                       |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | Gruper Sp. z o.o. Sp. k.                         |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kraków/31-038/Starowiślna 1                      |                       |   |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 351590946  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Niezapominajka dla całej rodziny                 |                       | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/ul. Celna 23a                        | -                     |   |
| telefon/ telefony   | 513065183  |                       | 1   |
| Data dodania do wykazu  | 01.07.2021                                       |                       |   |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                     |
| nazwa:  | OPIEKA FARMACEUTYCZNA KARWOWSKI BAJ SPÓŁKA JAWNA |                       |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Harcerska 13             |                       |   |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |   |
| identyfikator REGON   | 369733604  |                       |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka Gemini                                    |                       | APT   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Opolska 6           | -                     |   |
| telefon/ telefony   | 774179003  |                       | 2   |



|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| Data dodania do wykazu  | 01.07.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | Apteka GEMINI  | -                            | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul. Harcerska 13                 |                              | 4  |
| telefon/ telefony   | 774872025  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 02.07.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 185</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Apteka Centralna Spółka Jawna mgr farm. Alicja Gadzińska |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego Witosa 26              |                              |  |
| telefon/ telefony:  | 774520899  |                              |  |
| identyfikator REGON   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 186</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Dolnośląska Grupa Apteczna S.A.                          |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bieruń/43-150/ul. Chemików 3                             |                              |  |
| telefon/ telefony:  | brak   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 932692054  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 187</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:   | ZIKO APTEKA   | -                            | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Aleja Armii Krajowej 38/040   |                              |  |
| telefon/ telefony   | 775400883   |                              | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 04.08.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | ZIKO APTEKA   | -                            | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Wojska Polskiego 7          |                              |  |
| telefon/ telefony   | 798905430   |                              | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 13.01.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | ZIKO APTEKA   | -                            | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-018/ul.Krakowska 31a                         |                              |  |
| telefon/ telefony   | 77 54 00 882  |                              | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 10.02.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 188</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  |   | -                            | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Krapkowice/47-303/Pocztowa 2                          |                              |  |
| telefon/ telefony   | 881032439   |                              | 3  |
| Data dodania do wykazu  | 17.08.2021  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 189</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |

| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
|---|--|-----------------------|--|
| nazwa/ nazwa apteki:  | Ziko Apteka  | -                     | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/ul. Marszałka Piłsudskiego 12     |                       |  |
| telefon/ telefony   | 775400886  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.08.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 190</b> |  | 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka   | -                     | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/ul. Kolejowa 2A                        |                       |  |
| telefon/ telefony   | 77 433 85 46                                       |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.08.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA NASZA                                       | -                     | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/ul. Nyska 7/1                      |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774315136  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.08.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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                           |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774560077  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 10.09.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | NA DOBRE I NA ZŁE                                  | -                     | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/ul. Prudnicka 7/U2                     |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774336633  |                       |  |
| Data dodania do wykazu  | 03.11.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 191</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| nazwa:  | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O                       |                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa/02-672/Domaniewska 48                     |                       |  |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| identyfikator REGON   | 16317049   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka SUPER-PHARM                                     | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zawada/46-022/ul. Dębowa 1                             |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 684196965  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.08.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | SUPER-PHARM  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-025/ul. Krakowska 45/47                       |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 77 541 74 70   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.08.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 192</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Przychodnia Medica Danuta Marcjasz                     | <b>P</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul.Lipowa 5                              |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 605602951  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 01.09.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | 02.09.2021   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 193</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | ENAMEL   | <b>P</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole / 45-765 / Marii S. - CURIE 8                    |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 536514013  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 07.09.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 194</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. | -                            | <b>WPS</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pokrzywna / 48-340 / Pokrzywna 24                      |                              | <b>5</b>   |
| telefon/ telefony   | 539333606  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 01.09.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   | przeniesiono do Części VIIA                            |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 195</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Fabryka zdrowia drHoly                                 | <b>P</b>                     | <b>POP</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole / 45-064 / H. Kołłątaja 10                       |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 516550330  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 01.09.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 196</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | DOZ APTEKA. Dbam o Zdrowie                             | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E            |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 774618900  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 11.10.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 197</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka PRZYJAZNA 5                                     | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-920/ul. Janiny Kłopotckiej 1/6                |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 774592687  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 03.11.2021   |                              |  |

|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 198</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA DBAM O ZDROWIE                              | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/ul. Jagiellońska 14               |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 736698029  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 03.11.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 199</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA HERBA                                       | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lasowice Wielkie/46-282/Lasowice Wielkie 99a       |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 774141626  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 18.11.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA NA ZDROWIE                                  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1                        |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 343509650  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 26.11.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 200</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                       | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 29.11.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 201</b> |  | 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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  |                       | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 06.12.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 202</b> |  | 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  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka Gemini  | -                     | APT  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20                  |                       |  |
| telefon/ telefony   | 774033549  |                       | 2  |
| Data dodania do wykazu  | 06.12.2021   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 203</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
|---|--|------------------------------|--|
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka Pod Lipami  | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2                                |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 774615314  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 10.12.2021   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 204</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA OTMUCHOWSKA   | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Otmuchów/48-385/Rynek 39 B                                       |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 774314416  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 05.01.2022   |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 205</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | DOZ Apteka.Dbam o Zdrowie.Południowa                             | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzeg/49-305/Brzechwy 3  |                              | <b>3</b>   |
| telefon/ telefony   | 774111865  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 05.01.2022   |                              |  |
|   |  |                              |  |



|   |  |                              |  |
|---|--|------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 206</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA ZDROWIE                                 | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Głubczyce/48-100/Powstańców 11a/1              |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 774853114                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 05.01.2022                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 207</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | Apteka Zdrowie Monika Hylak                    |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2                  |                              |  |
| telefon/ telefony:  | brak   |                              |  |
| identyfikator REGON   | 161556244                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteka Zdrowie                                 | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2                  |                              | <b>2</b>   |
| telefon/ telefony   | 774360738                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 05.01.2022                                     |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 208</b> |  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                                      |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKI BURCHACIŃSCY; WEJDŹ PO ZDROWIE          | -                            | <b>APT</b>   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Praszka/46-320/Senatorska 31                   |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony   | 343588218                                      |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 13.01.2022                                     |                              |  |

| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | Apteki Burchacińscy; wejdź po zdrowie!                                  | -                            | APT<br>1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nysa/48-300/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 1a                           |                              |  |
| telefon/ telefony   | 774026438   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 13.01.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 209</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | DR. MAX   | -                            | APT<br>2   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brzeg/49-300/ul. Piastowska 17-19                                       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 77 404-30-28  |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 31.01.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 210</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| nazwa:  | ANNA ZAKLIKA  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13                                       |                              |  |
| telefon/ telefony:  | brak  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 160043815   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | NA DOBRE I NA ZŁE   | -                            | APT<br>1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13                                       |                              |  |
| telefon/ telefony   | 343583325   |                              |  |
| Data dodania do wykazu  | 03.02.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 211</b> |   | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| 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                            |                              |  |
| telefon/ telefony:  | brak  |                              |  |
| identyfikator REGON   | 531542862   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA W STD real MULTI - LEK   |                              |  |

|   |  |                       |  |
|---|--|-----------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Opole/45-273/ul. Kazimierza Sosnkowskiego 16                   | -                     | APT  |
| telefon/ telefony   | 774581109  |                       | 1  |
| Data dodania do wykazu  | 03.02.2022   |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 212</b> |  |                       |  |
| nazwa:  | ZIOŁO-LEK M.ZAKLIKA & A.PIOTROWIAK SPÓŁKA JAWNA                | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28                         |                       |  |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 532201910  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 213</b> |  |                       |  |
| nazwa:  | JP PHARM Katarzyna Jaśkowiec Spółka Jawna                      | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Komprachcice/46-070/ul. Kolejowa 2A                            |                       |  |
| telefon/ telefony:  | 77 451 40 51   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 161551034  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| 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   |  |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 214</b> |  |                       |  |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego CEFARM Warszawa | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Katowice/40-541/Szopienicka 77                                 |                       |  |
| telefon/ telefony:  | brak   |                       |  |
| identyfikator REGON   | 012859010  |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>   |  | <b>rodzaj punktu*</b> | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:  | APTEKA CEF@RM 36,6   |                       | APT  |

|  |   |                              |  |
|--|---|------------------------------|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nysa/48-303/Marszałka Józefa Piłsudskiego 47                    | -                            | ART  |
| telefon/ telefony  | 774091582   |                              | 2  |
| Data dodania do wykazu   | 22.03.2022  |                              |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 215</b>  |   |                              |  |
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-062/Tadeusza Kościuszki 30                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 88 733 01  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53157017200021  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:   | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                 |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-714/ul. Licealna 18                                    |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 77 88 73 303  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 01.04.2022  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 216</b>  |   |                              |  |
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA W OPOLU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-062/Tadeusza Kościuszki 30                             |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 77 44 12 072  |                              |  |
| identyfikator REGON  | 53157017200021  |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/ nazwa apteki:   | Poradnia Lekarza POZ  |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30                             |                              | <b>7</b>   |
| telefon/ telefony  | 77 44 120 72  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 01.04.2022  |                              | <b>PSP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą /podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 217</b>  |   |                              |  |
| nazwa:   | DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39                                     |                              |  |
| telefon/ telefony:   | 774 692 064   |                              |  |
| identyfikator REGON  | 369980870-00011   |                              |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |   | <b>rodzaj punktu*</b>        | <b>rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa/nazwa apteki:  | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA                                |                              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39                                     |                              | <b>1</b>   |
| telefon/ telefony  | 77 500 59 90  |                              |  |
| Data dodania do wykazu   | 25.07.2022  |                              | <b>POP</b>   |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                              |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 218</b> |   |                              |  |
| nazwa:   | ZPHARMA Sp. z o.o.  | <b>szczepienie personelu</b> | <b>szczepienie populacyjne</b>                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków/30-644/Kamieńskiego 51                                   |                              |  |

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

|  |                                   |                       |  |
|--|-----------------------------------|-----------------------|--|
| nazwa/ nazwa apteki:   | Apteka Rodzinna mgr Ryszard Konik | -                     | <b>APT</b>                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrodzień/46-380/PL.Wolności 2   |                       | <b>2</b>                                       |
| telefon/ telefony  | 343575745                         |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.08.2022                        |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                   |                       |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 222</b> |                                   |                       |  |
| 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                         |                       |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>  |                                   | rodzaj punktu*        | rodzaj punktu*, liczba zespołów<br>(w miejscu) |
| nazwa/ nazwa apteki:   | Dr. Max                           | -                     | <b>APT</b>                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Opole/45-714/Licealna 18          |                       | <b>2</b>                                       |
| telefon/ telefony  | 774574223                         |                       |  |
| Data dodania do wykazu   | 31.08.2022                        |                       |  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                   |                       |  |

z up. Dyrektora OOW NFZ  
Beata Cyganiuk

Opole, 31.08.2022 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów</b>   |
| 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów</b>   |
| 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   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)</b>    | <b>liczba zespołów</b>   |
| 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

|  |   |                        |
|--|---|------------------------|
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | np. zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ            |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b>                          |   |                        |
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |   | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:   | Oddział Pulmonologiczny z<br>Pododdziałem Chemioterapii                             | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Głuchołazy/ 48-340/ Józefa<br>Lompy 2   |                        |
| telefon/ telefony  | 77 4009315  |                        |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                        |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b>                          |   |                        |
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |   | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:   | Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy  | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Głuchołazy/ 48-340/<br>Mieczysława Karłowicza 40                                    |                        |
| telefon/ telefony  | 77 4080289, 4080453   |                        |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021  |                        |
| Data wykreślenia z wykazu  |   |                        |



| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   |                        |
|---|---|------------------------|
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   |                        |
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   |                        |
|---|---|------------------------|
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                         |  |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |  |                        |
| 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  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:  | Oddział Kliniczny Hematologii,<br>Onkologii Hematologicznej i<br>Chorób Wewnętrznych | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna<br>Kośnego 53   |                        |
| telefon/ telefony                                 | 77 4433690   |                        |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021   |                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:  | Oddział Pulmonologii   | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna<br>Kośnego 53   |                        |
| telefon/ telefony                                 | 77 4433284   |                        |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021   |                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:  | Poradnia Hematologiczna  | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna<br>Kośnego 53   |                        |
| telefon/ telefony                                 | 77 4433079   |                        |
| Data dodania do wykazu                            | 08.03.2021   |                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                        |

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| <b>Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19</b> | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b>                          |  |                        |
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |  | <b>liczba zespołów</b> |
| 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  |  |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>                          |  |                        |
| 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  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                      |  | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:   | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   | 1                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                          | Opole/<br>45-372/ul. Augustyna Kośnego 53                            |                        |
| telefon/ telefony  | 500 578 727  |                        |
| Data dodania do wykazu   | 08.03.2021   |                        |
| Data wykreślenia z wykazu  |  |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>                          |  |                        |
| 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   |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                          |  |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |  |                        |
| 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  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>liczba zespołów</b> |
| 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                          |  |                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |  |                        |
| 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  |                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>liczba zespołów</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Nysie | 1                      |

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