Załączniki do zarządzenia Nr 117/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 28 czerwca 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**rodzaj realizowanych świadczeń**						**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Brzeskie Centrum Medyczne**							I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1							
telefon/ telefony:	77 444 65 36							
identyfikator REGON	000313437							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Brzeskie Centrum Medyczne**		x		x	x	x- 1 punkt -S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1							
telefon/ telefony	77 444 65 36							
Data dodania do wykazu					22.04.2020	07.04.2020	01.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I
nazwa:	**SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26							
telefon/ telefony:	77 480 11 70							
identyfikator REGON	000311579							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26							
telefon/ telefony	77 480 11 70							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I poziom nadal , II od 22.03.2021r. do 11.05.2021r.
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej**		x		x	x	x - S	
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						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**rodzaj realizowanych świadczeń**						II do 25.05.2021, od 26.05.2021r. I poziom
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kup/46-082/Miarki 14							
telefon/ telefony	77 403 28 50							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**rodzaj realizowanych świadczeń**						II od 22.03.2021r. Do 30.05.2021rr, od 31.05.2021r. tylko I
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Klonowa 1							
telefon/ telefony:	34 350 97 00							
identyfikator REGON	000306584							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie**		**x**		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Klonowa 1							
telefon/ telefony	34 350 97 00							
Data dodania do wykazu						07.04.2020	03.06.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I nadal, II do 30.05.2021r.
nazwa:	**116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46							
telefon/ telefony:	261-62-51-29							
identyfikator REGON	531563611							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**		x		x	x	x - S	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46		^		^	^	^ - S	
telefon/ telefony	261-62-51-29							
Data dodania do wykazu						07.04.2020	07.05.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/Krakowska 44							
telefon/ telefony:	77 401 11 00							
identyfikator REGON	531163515							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	II do 30.05.2021r., I od 31.05.2021r.
nazwa:	**SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/Krakowska 44							
telefon/ telefony	77 401 11 00							
Data dodania do wykazu					22.04.2020	07.04.2020	05.06.2020	
Data wykreślenia z wykazu							06.06.2021	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4							
telefon/ telefony:	77 54 14 200							
identyfikator REGON	000294303							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	I nadal III do 13.06.2021r.
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu**		x		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4							
telefon/ telefony	77 54 14 200							
Data dodania do wykazu						10.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu**							I nadal, III w zakresie kardiochirurgii, neurochirurgii, chirurgii
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26							
telefon/ telefony:	77 452 07 45							
identyfikator REGON	530512391							

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	naczyniowej, dziecięcej i szczękowo-twarzowe,nefrologii decyzje 167/2020,183/2020 i 36/2021 - do 30.06.2021
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu**		x		x	x		
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						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	szpital tymczasowy
nazwa:	**Szpital tymczasowy**		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Centrum Wystawienniczo-Kongresowe (CWK) Opole/ 45-835/ Wrocławska 158							
telefon/ telefony	77 452 07 45							
Data dodania do wykazu			27.12.2020					
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	Regionalnego Centrum ECMO
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii**		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26							
telefon/ telefony	77 45 20 503, 77 45 20 504, 77 45 20 302							
Data dodania do wykazu			22.04.2021					
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I, II do 18.05.2021r.
nazwa:	**Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A							
telefon/ telefony:	77 461 33 80							
identyfikator REGON	000311585							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A							
telefon/ telefony	77 461 33 80							
Data dodania do wykazu						07.04.2020	21.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I, II do 14.05.2021r.
nazwa:	**EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego 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							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31							
telefon/ telefony	77 427 34 91							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I, II do 18.05.2021r.
nazwa:	**Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23							
telefon/ telefony:	77 417 35 00							
identyfikator REGON	532421008							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku**		**x**		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23							
telefon/ telefony	77 417 35 00							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14							

telefon/ telefony:	77 406 78 00							
identyfikator REGON	532448467							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	I
nazwa:	**Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14							
telefon/ telefony	77 406 78 00							
Data dodania do wykazu					30.04.2020	09.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I i II do 24.03.2021r.
nazwa:	**Krapkowickie Centrum Zdrowia**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21							
telefon/ telefony:	77 4467228, 77 4467229							
identyfikator REGON	160213499							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Krapkowickie Centrum Zdrowia**		x		x	x	x- S i M	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21							
telefon/ telefony	77 4467228, 77 4467229							
Data dodania do wykazu						07.04.2020	01.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I
nazwa:	**Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10							
telefon/ telefony:	77 404 02 48							
identyfikator REGON	160216463							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ**		x		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10							
telefon/ telefony	77 404 02 48							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53							

telefon/ telefony:	77 443 31 00,							II oraz I od 12.05.2021r.
identyfikator REGON	531418151							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH**		x		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-061/ Katowicka 64							
telefon/ telefony	77 443 30 43, 77 443 30 44							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**rodzaj realizowanych świadczeń**						II oraz I od 12.05.2021r
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY**		x		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34							
telefon/ telefony	77 408 79 56							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**rodzaj realizowanych świadczeń**						**I poziom od 26.05.2021r.**, II do 13.06.2021r., III do 30.06.2021r., IV do 31.05.2021r.
nazwa:	**SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu**							
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 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu**		**x**		x	x	x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5							
telefon/ telefony								
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	**SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5						
telefon/ telefony							
Data dodania do wykazu							03.11.2020
Data wykreślenia z wykazu							04.06.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40						
telefon/ telefony:	77 439 16 14						
identyfikator REGON	531172135						
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II**				x	x	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40						
telefon/ telefony	77 439 16 14						
Data dodania do wykazu						07.04.2020	
Data wykreślenia z wykazu							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4						
telefon/ telefony:	77 441 36 39						
identyfikator REGON	000292445						
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO**	x - 3 karetki					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4						
telefon/ telefony	600 498 685, 690 497 875,						
Data dodania do wykazu							
Data wykreślenia z wykazu							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8						
telefon/ telefony:	77 434 06 34						

identyfikator REGON	000640136							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu**				x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8							
telefon/ telefony	77 434 06 34							
Data dodania do wykazu						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I
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, 77 438 72 16							
identyfikator REGON	530571749							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej**		x		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała/48-210/ Moniuszki 8							
telefon/ telefony	77 438 70 33, 77 438 72 16							
Data dodania do wykazu					22.04.2020	08.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I poziom od 6.05.2021
nazwa:	**Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11							
telefon/ telefony:	77 43 44 000, 77 43 44 005							
identyfikator REGON	00065453							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o**		**x**		x	x		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11							
telefon/ telefony	77 43 44 000, 77 43 44 005							
Data dodania do wykazu			21.04.2021		15.04.2020	07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Klinika Nova Spółka z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7							
telefon/ telefony:	77 70 70 100							
identyfikator REGON	161509339							

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Klinika Nova Spółka z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7				x	x		
telefon/ telefony	77 70 70 100							
Data dodania do wykazu					17.04.2020	07.10.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
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							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego**					x		
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						07.04.2020		
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**rodzaj realizowanych świadczeń**						III do 10.06.2021r.
nazwa:	**Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23							
telefon/ telefony:	785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102							
identyfikator REGON	351618159							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23		x		x			
telefon/ telefony	785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102							
Data dodania do wykazu			27.10.2020		25.05.2020			
Data wykreślenia z wykazu			11.06.2021					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**NZOZ „Ortopedia“ S.C.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-222/ Oleska 97							

telefon/ telefony:	77 474 32 09, 77 416 52 25							
identyfikator REGON	160088887							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**NZOZ „Ortopedia" S.C.**				x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-222/ Oleska 97							
telefon/ telefony	77 474 32 09, 77 416 52 25							
Data dodania do wykazu					03.07.2020			
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**rodzaj realizowanych świadczeń**						I nadal III do 13.06.2021r.
nazwa:	**Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/ 48-140/ Szpitalna 18							
telefon/ telefony:	77 403 43 02							
identyfikator REGON	000291055							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach**		x		x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/ 48-140/ Szpitalna 18							
telefon/ telefony	77 403 43 02							
Data dodania do wykazu			12.11.2020		22.04.2020			
Data wykreślenia z wykazu								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/31-864/Życzkowskiego 16							
telefon/ telefony:	12 295 01 51							
identyfikator REGON	356366975							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno /46-300/ ul. Małe przedmiescie 14							
telefon/ telefony	343584783							
Data dodania do wykazu							15.09.2020	
Data wykreślenia z wykazu								
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**							

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole /45-551/ ul. Tuwima 1						x - S
telefon/ telefony	775559090						
Data dodania do wykazu							15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6						
telefon/ telefony	774133410						
Data dodania do wykazu							15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23						
telefon/ telefony	503 923 601						
Data dodania do wykazu							23.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/ 48-385/ ul. Mickiewicza 1						
telefon/ telefony	503 923 601						
Data dodania do wykazu							24.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/ 48-370/ ul. Wojska Polskiego 27						
telefon/ telefony	503 923 601						
Data dodania do wykazu							25.09.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-047 / ul. Waryńskiego 30						x - S
telefon/ telefony	693 941 037						
Data dodania do wykazu							01.10.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						x - S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Korfantów/ 48-317/ ul. Fabryczna 4						
telefon/ telefony	500 872 089						
Data dodania do wykazu							09.11.2020
Data wykreślenia z wykazu							
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**VITAL MEDIC sp. z o.o.**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21						
telefon/ telefony:	77 549 26 00						
identyfikator REGON	160286601						
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**VITAL MEDIC sp. z o.o.**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21		x				
telefon/ telefony	77 549 26 50						
Data dodania do wykazu			04.11.2020				
Data wykreślenia z wykazu			15.05.2021r.				
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/01-102/Jana Olbrachta 94						
telefon/ telefony:	22 278 82 08						
identyfikator REGON	15755741						
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**	x - 1 karetka (od 01.03.2021 r.)					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-752 / ul.Dworska 2B						
telefon/ telefony	600 498 685; 690 497 875						
Data dodania do wykazu		12.11.2020					
Data wykreślenia z wykazu		01.06.2021					

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**	x - 1 karetka (od 01.03.2021 r.)						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/ 46-206/ ul. Mickiewicza 16/18							
telefon/ telefony	600 498 685; 690 497 875							
Data dodania do wykazu		12.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu		01.06.2021						
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**rodzaj realizowanych świadczeń**						
nazwa:	**Helimed Diagnostic Imaging sp.z o.o. spółka komandytowa**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Katowice/ 40-760/ Panewnicka 65							
telefon/ telefony:	48 32 355 95 20							
identyfikator REGON	276200044							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Pracownia Tomografii Komputerowej**		x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Franklina Delano Roosevelta 4							
telefon/ telefony	77 441 38 70							
Data dodania do wykazu			17.12.2020					
Data wykreślenia z wykazu			26.05.2021					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**rodzaj realizowanych świadczeń**						teleporada od 9.03.2021 do 23.03.2021
nazwa:	**Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o. o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3							
telefon/ telefony:	77 434 35 05							
identyfikator REGON	362542315							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	**Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o. o.**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3							
telefon/ telefony	77 434 35 05							
Data dodania do wykazu								
Data wykreślenia z wykazu								

Załączniki do zarządzenia Nr 117/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 28 czerwca 2021 r.
Załącznik nr 1
Załączniki do zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ, z 5 marca 2021 r.
Załącznik nr 1

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**rodzaj realizowanych świadczeń**					
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/31-864/Życzkowskiego 16						
telefon/ telefony:	12 295 01 51						
identyfikator REGON							
Miejsce udzielania świadczeń 8(9) *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	**Diagnostyka Sp. z o.o.**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków 49-200, ul. Sportowa 3						x - S
telefon/ telefony	693-941-037						
Data dodania do wykazu							30.03.2021
Data wykreślenia z wykazu							

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu
** liczba zespołów w danym miejscu

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

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 30 czerwca 2021 r.

Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO	X

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ	**X**

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 30 czerwiec 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	X

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 10 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 10 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 10 marca 2021 r.

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 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:	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 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:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu	06.04.2021r.		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Medycyny Szkolnej		**0**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn - Koźle/47-220/Harcerska 11		
telefon/ telefony	774062941		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu	21.06.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 5		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46;		
telefon/ telefony:	261-62-51-29		
identyfikator REGON	531563611		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46;		
telefon/ telefony	261-62-51-29		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-759/ul. Walerego Wróblewskiego 46		
telefon/ telefony	261625825		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Brzeskie Centrum Medyczne		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1		
telefon/ telefony:	77 444 65 36		
identyfikator REGON	000313437		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Brzeskie Centrum Medyczne	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1		
telefon/ telefony	77 444 66 66		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Brzeskie Centrum Medyczne		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1		
telefon/ telefony	774446536		
Data dodania do wykazu	18.01.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu - Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. Marii Skłodowskiej -Curie (Punkt Szczepień Powszechnych)		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg, 49-300, ul. Słowiańskiej 18,		
telefon/ telefony	77 444 66 66		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		PSP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony	77 427 34 91		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/Częstochowska 31		
telefon/ telefony	774273491		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21		
telefon/ telefony:	77 4467228, 77 4467229		

identyfikator REGON	160213499		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Górażdże/46-077/ ul. Główna 23		
telefon/ telefony	(77)446 72 28/(77) 407 50 20		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - **Punkt Szczepień Powszechnych**		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zespół Szkół im. J. Kilińskiego 47-303 Krapkowice; ul. Ks. Franciszka Duszy 7,		
telefon/ telefony	577 488 122		
Data dodania do wykazu	19.04.2021r.		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - **Kampus Politechniki Opolskiej - Punkt Szczepień Powszechnych**		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-758/ul. Prószkowska 76		
telefon/ telefony	506868430		
Data dodania do wykazu	20.04.2021r.		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11		
telefon/ telefony:	77 43 44 005		
identyfikator REGON	000654530		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11		
telefon/ telefony	77 43 44 005		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23		
telefon/ telefony:	77 417 35 00		
identyfikator REGON	532421008		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23		
telefon/ telefony	77 417 35 00		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołczyn/46-250/ ul. Kościuszki 1		
telefon/ telefony	(77) 417 35 00; 604 468 854; (77) 414 55 00		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14		
telefon/ telefony:	77 406 78 00		
identyfikator REGON	532448467		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14		
telefon/ telefony	77 406 78 00		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głogówek/ 48-220/ul. Konopnickiej 2		
telefon/ telefony	(77) 437 33 69/(77)406 78 85		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/Krakowska 44		
telefon/ telefony:	77 401 11 00		
identyfikator REGON	531163515		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/Krakowska 44		
telefon/ telefony	77 401 11 00		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Klonowa 1		
telefon/ telefony:	34 350 97 00		
identyfikator REGON	000306584		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	W	POP
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Klonowa 1		
telefon/ telefony	34 350 97 00		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40		
telefon/ telefony:	77 40 80 123		
identyfikator REGON	531172135		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40		
telefon/ telefony	77 40 80 123		

Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10		
telefon/ telefony	77 404 02 48		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. - Zespół Szkół Rolniczych im. Tadeusza Kościuszki w Namysłowie **(Punkt Szczepień Powszechnych)**		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/ 46-100/ ul. Pułaskiego 3,		
telefon/ telefony	534573053		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A		
telefon/ telefony:	77 407 01 00		
identyfikator REGON	000311585		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A		
telefon/ telefony	77 407 01 00		

Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53		
telefon/ telefony:	774433123		
identyfikator REGON	53141815100039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o.	**W**	**POP**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53		
telefon/ telefony	774433123		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26		
telefon/ telefony:	77 452 07 45		
identyfikator REGON	530512391		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26		
telefon/ telefony	77 452 07 45		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Szpital Tymczasowy		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26		
telefon/ telefony	774520511		
Data dodania do wykazu	15.01.2021r.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4		
telefon/ telefony:	77 54 14 200		
identyfikator REGON	000294303		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4		
telefon/ telefony	77 54 14 200		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34		
telefon/ telefony	77 408 78 30		
Data dodania do wykazu	28.12.20250		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/48-370/ ul. Staszica 3		

telefon/ telefony	(77) 43 90 306/ (77) 408 78 30		
Data dodania do wykazu	28.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a		
telefon/ telefony	77 401 11 70/ 77 401 10 00		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kup/46-082/Miarki 14		
telefon/ telefony	77 403 28 50		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Pielęniarki POZ		**1**
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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16		
telefon/ telefony	77 439 15 68		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8		
telefon/ telefony:	77 434 06 34		
identyfikator REGON	000640136		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8		
telefon/ telefony	77 434 06 34		

Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/ 48-140/ Szpitalna 18		
telefon/ telefony:	77 403 43 02		
identyfikator REGON	000291055		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/ 48-140/ Szpitalna 18		
telefon/ telefony	77 403 43 02		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13		
telefon/ telefony:	(77)415 52 41		
identyfikator REGON	53246040000023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c.	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13		
telefon/ telefony	(77)415 52 41		
Data dodania do wykazu	29.12.2020		
Data wykreślenia z wykazu	18.01.2021r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**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		**x**
telefon/ telefony:	774844855		
identyfikator REGON	53219823700029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**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		**x**
telefon/ telefony:	604409581		
identyfikator REGON	53226099900020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZSpecjalistyczna Praktyka Lekarska Leszek Wyrwa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony	774436778		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Irena Pass-Szczepańska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bierawa/47-240/ul.Dworcowa 8		**x**
telefon/ telefony:	77 4872145		
identyfikator REGON	53100154000030		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bierawa/47-240/ul. Dworcowa 8		

telefon/ telefony	77 4872145		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PIAST-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5/1		**x**
telefon/ telefony:	500201401		
identyfikator REGON	531686377		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PIAST-MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5		
telefon/ telefony	774834002		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Pediatryczna i Rodzinna "SYNAPSA" S.C.Gumińska Anna Miozga Kornelia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31		**x**
telefon/ telefony:	774436653		
identyfikator REGON	53218266700023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/Częstochowska 31		
telefon/ telefony	774436653		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zdrowie Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/48-140/ul.Szpitalna 18		**x**
telefon/ telefony:	774868362		
identyfikator REGON	53246061700027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Branicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Branice/48-140/ul. Szpitalna 18		
telefon/ telefony	774868362		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Przychodnia we Włodzieninie		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Włodzienin/48-144/ul.Wojnowicka 15		
telefon/ telefony:	774857290		
identyfikator REGON	53246061700027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia we Włodzieninie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Włodzienin/48-144/ul. Wojnowicka 15		
telefon/ telefony	774857290		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Maria Żymełka		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Cerekwia/48-133/ul.Młyńska 13		
telefon/ telefony:	774851843		
identyfikator REGON	53115369800050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Cerekwia/48-133/ul. Młyńska 13		
telefon/ telefony	774851843		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" Sp. z o.o.		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/ul.Henryka Pobożnego 1		
telefon/ telefony:	530-808-464		
identyfikator REGON	16006680000029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA"		1
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		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ KARDIOLOGIA Strzelce Opolskie - Powiatowe Centrum Kultury **(Punkt Szczepień Powszechnych)**		6
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/ ul. Dworcowa 23		
telefon/ telefony	77 412 30 13		
Data dodania do wykazu	22.04.2021		PSP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ODNOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-011/ul. ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16		
telefon/ telefony:	774536481		
identyfikator REGON	53246640700020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-011/ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16		
telefon/ telefony	774536481		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ OŚRODEK ZDROWIA W GRACZACH JACEK CIEPLUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gracze/49-156/ul.Bazaltowa 4		
telefon/ telefony:	774609022		
identyfikator REGON	16065875800023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gracze/49-156/ul. Bazaltowa 4		
telefon/ telefony	774609811		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niemodlin/49-100/ul. Wojska Polskiego 5		
telefon/ telefony	731858498		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dąbrowa/49-120/ul. Ciepielowicka 13		
telefon/ telefony	602451089		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. Gallus Grażyna, Krzemińska Weronika		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ujazd/47-143/ul.Mickiewicza 3		x
telefon/ telefony:	774637089		
identyfikator REGON	53154541200025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ujazd/47-143/Mickiewicza 3		
telefon/ telefony	774637089		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-303/ul.Jagillońska 29		x
telefon/ telefony:	774661895		
identyfikator REGON	53166869800021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-303/ul. Jagiellońska 29		
telefon/ telefony	774661895		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/ul.Waryńskiego 6		x
telefon/ telefony:	774616382		
identyfikator REGON	53156700000022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/ul. Waryńskiego 6		
telefon/ telefony	774616382		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan & J. Domańska-Dziurkowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Śląski/46-310/ul.Krasickiego 8		x
telefon/ telefony:	692453646		
identyfikator REGON	53166001800026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan, J. Domańska - Dziurkowska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Śląski/46-310/Krasickiego 8		
telefon/ telefony	343594490		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tułowice/49-130/ul.Porcelanowa 17		**x**
telefon/ telefony:	602695644		
identyfikator REGON	36254231500018		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tułowice/49-130/ul. Porcelanowa 17		**1**
telefon/ telefony	774600147		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ - Said Rayad		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-300/Kusocińskiego 16		**x**
telefon/ telefony:	77 466 45 17		
identyfikator REGON	53083890000049		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-300/ul. Szkolna 7		**1**
telefon/ telefony	77 466 45 17		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ - Strzeleczki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzeleczki/47-364/ul. Sienkiewicza 31		**1**
telefon/ telefony	774749696		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMED - PSP 2 (Sala Gimnastyczna)		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/Aleja Jana Pawła II 9		**3**
telefon/ telefony	774661823		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMED - Nyski Dom Kultury		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Wałowa 7		**3**
telefon/ telefony	774661823		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED LILIANA LEJKOWSKA-OLSZEWSKA, PAWEŁ OLSZEWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/ul.Słowackiego 5		**x**
telefon/ telefony:	774154937		
identyfikator REGON	53166457100029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ - Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/ul. Słowackiego 5		**1**
telefon/ telefony	504691015		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kietrz/48-130/ul.Kościelna 1		**x**
telefon/ telefony:	774854291, 774855230, 606449024		
identyfikator REGON	53091333900027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kietrz/48-130/ul. Kościelna 1		
telefon/ telefony	774854291		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Mariusz Śliwiński		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żytniów 181 /46-325		
telefon/ telefony:	608687556		
identyfikator REGON	16022389400020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żytniów 181 /46-325		
telefon/ telefony	608 687 556		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED Eryka Scholz-Mazurkiewicz		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobrzeń Wielki/46-081/ul.Reymonta 2		
telefon/ telefony:	77 46 95 807		
identyfikator REGON	53160391900030		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobrzeń Wielki/46-081/Reymonta 2		
telefon/ telefony	660319688		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Baborów/49-120/ul.Wiejska 2B		
telefon/ telefony:	775559630		
identyfikator REGON	53245700600028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Baborów/48-120/ul. Wiejska 2B		
telefon/ telefony	775559630		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19		
telefon/ telefony:	774875207		
identyfikator REGON	53166761200036		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19		
telefon/ telefony	774875207		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pawłowiczki/47-280/ul. Magnoliowa 3		
telefon/ telefony	774874147		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Dorota Łotecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Cisek/47-253/ul. Harcerska 2		x
telefon/ telefony:	774871125		
identyfikator REGON	53166762900020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Cisek/47-253/ul. Harcerska 2		
telefon/ telefony	774871125		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bożena Irena Wąsiak		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1		
telefon/ telefony:	667676681		
identyfikator REGON	53088015000039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Zabiegowo - Diagnostyczny		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1		
telefon/ telefony	667676681		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Stefania Langner		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2		
telefon/ telefony:	774830425		
identyfikator REGON	53123095000022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dziergowice/47-244/ul. Nowa 2		
telefon/ telefony	774830425		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" Karina Elżbieta Dylla		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony:	77 46 51 917		
identyfikator REGON	53127044100023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony	77 46 51 917		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KRYSTYNA WERONIKA STANULA		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32		
telefon/ telefony:	774820112		
identyfikator REGON	53095563900022		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32		
telefon/ telefony	774820112		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ Wit-Med Witold Madej		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony:	791933233		
identyfikator REGON	53162825600024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Wit-Med Witold Madej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31		
telefon/ telefony	794104204		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYK - K SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-225/JULIANA TUWIMA 6B/9		
telefon/ telefony:	774036067		
identyfikator REGON	161487365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Medyk-K sp z o.o. Przychodnia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-225/Jana Pawła II 54		
telefon/ telefony	7774036067		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Drop-Kubów		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołczyn/46-300/ul. Dworcowa 9		
telefon/ telefony:	774188680		
identyfikator REGON	53115900500028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Zabiegowy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołczyn/46-250/ul. Dworcowa 9		
telefon/ telefony	774188680		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum terapii Holistycznych dr Holy		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10 lok. 1-2		
telefon/ telefony:	516550330		
identyfikator REGON	93020197400042		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum terapii Holistycznych dr Holy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10/2		
telefon/ telefony	608385951		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/ul. Krakowska 44		

telefon/ telefony:	774011170		
identyfikator REGON	53116351500023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Podstawowa Opieka Zdrowotna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-075/ul. Krakowska 44		
telefon/ telefony	774011147		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Justyna Joanna Łomny-Elias		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1		
telefon/ telefony:	600853495		
identyfikator REGON	16026079000041		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1		
telefon/ telefony	600853495		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jemielnica/47-133/ul. Nowa Kolonia 14		
telefon/ telefony:	77 46 38 393		
identyfikator REGON	531545949		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jemielnica/47-133/Nowa Kolonia 14		
telefon/ telefony	608342071		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAODRZE" w Opolu		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-714/ul. Licealna 18		
telefon/ telefony:	48 77 88 733 01		
identyfikator REGON	53157492200021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-714/ul. Licealna 18		
telefon/ telefony	77873303		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MARIAN I ELŻBIETA ŁYCZKO, INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA JAWNA		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZDZIECHOWICE/46-310/ul. ZDZIECHOWICE 16		
telefon/ telefony:	+48343593313		
identyfikator REGON	16158697200025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zdziechowice/46-310/ 16		
telefon/ telefony	343593313		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Aniela Maria Dembczak		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gościęcin/47-270/ul. Kozielska 64		
telefon/ telefony:	774879159		
identyfikator REGON	53166765800022		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gościęcin/47-270/Kozielska 64		
telefon/ telefony	774879159		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ERBERT GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16		
telefon/ telefony:	+48774210013		
identyfikator REGON	36782831200010		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicor"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16		
telefon/ telefony	774210013		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C.		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Słowackiego 6		
telefon/ telefony:	774153800		
identyfikator REGON	53155725000029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Słowackiego 6		
telefon/ telefony	774153800		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ANDRZEJ PROSZEWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Pieloka 14		
telefon/ telefony:	34 35 04 261		
identyfikator REGON	16000525200027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Pieloka 14		
telefon/ telefony	343504250		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Andrzej Proszewski Sp. z o.o. w Oleśnie - Zespół Szkół w Oleśnie **(Punkt Szczepień Powszechnych)**		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/ul. Sądowa 2,		
telefon/ telefony	343750150		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		PSP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skoroszyce/48-320/Działkowa 15		
telefon/ telefony:	+48774318399		
identyfikator REGON	532414400		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skoroszyce/48-320/Działkowa 15		
telefon/ telefony	+48774318399		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pokój/46-034/1 Maja 30B		
telefon/ telefony:	77 42 71 060		
identyfikator REGON	53167366000029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pokój/46-034/1 Maja 30B		
telefon/ telefony	77 42 71 060		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21		
telefon/ telefony:	77 447 10 00		
identyfikator REGON	16028660100020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21		
telefon/ telefony	77 549 26 00		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - **Hala Sportowa - Punkt Szczepień Powszechnych**		12
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Sportowa 7		
telefon/ telefony	775492700		
Data dodania do wykazu	20.04.2021r.		PSP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ Bracka 1		
telefon/ telefony:	77 887 21 29		
identyfikator REGON	53096880800033		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Bracka 1 Nysa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ Bracka 1		
telefon/ telefony	778872129		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OPTIMA MEDYCYNA Prudnik - Hala Sportowa w Nysie (Punkt Szczepień Powszechnych)		8
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ ul. Sudecka 23		
telefon/ telefony	532407688		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		PSP

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OPTIMA MEDYCYNA Prudnik - Zespół Szkół Rolniczych w Prudniku (Punkt Szczepień Powszechnych)		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/ ul. Kościuszki 76		
telefon/ telefony	532407689		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO P. ROMANOWICZ, R. CIEŚLEWICZ SPÓŁKA JAWNA		**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19		
telefon/ telefony:	774842746, 4842400		
identyfikator REGON	53164104400020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego P. Romanowicz R. Cieślewicz Spółka Jawna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19		
telefon/ telefony	774842400		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" A.Tomalik J.Tomalik Spółka jawna		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Słowackiego 5		
telefon/ telefony:	774155427 774153502		
identyfikator REGON	532328208		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" S.J.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Słowackiego 5		
telefon/ telefony	774155427		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18		
telefon/ telefony:	774622065		
identyfikator REGON	531400808		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/Waryńskiego 4		
telefon/ telefony	502545200		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18		
telefon/ telefony:	774622065		
identyfikator REGON	531400808		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Parafialna 1		
telefon/ telefony	504181616		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A		**x**
telefon/ telefony:	774316535		
identyfikator REGON	53157048500044		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A		**1**
telefon/ telefony	774317867		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KLINIKA NOVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7		**x**
telefon/ telefony:	77 7070100		
identyfikator REGON	161509339		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7		**1**
telefon/ telefony	777070100		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Rodzinnego Sławięcice		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-230/ks. Piotra Ściegiennego 2		**1**
telefon/ telefony	774832413		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**x**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzbięcice/48-303/110		
telefon/ telefony:	77 40 93 950		
identyfikator REGON	53164504200022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-303/Piłsudskiego 47		
telefon/ telefony	77 401 70 03		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Bożena Lewińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/48-316/Parkowa 10		**x**
telefon/ telefony:	774343450		
identyfikator REGON	53104575000039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia POZ - Łambinowice		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/48-316/Parkowa 10		
telefon/ telefony	774343450		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AL-MED D.Makieła J.Makieła Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Jawna		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a		
telefon/ telefony:	608632846		
identyfikator REGON	53156417700021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a		
telefon/ telefony	774638126		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JÓZEF MURAWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		x
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3		
telefon/ telefony:	602695644		
identyfikator REGON	36254231500018		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3		
telefon/ telefony	774343505		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jasienica Dolna/48-315/Jasienica Dolna 16		
telefon/ telefony	774359621		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANMED S.C. Andrzej Majer, Anna Majer		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6		
telefon/ telefony:	774181112		
identyfikator REGON	53234234900029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6		
telefon/ telefony	774181112		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Sp. z o. o.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8		
telefon/ telefony:	343591001		
identyfikator REGON	53166688300028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ - dla dorosłych		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8		1
telefon/ telefony	343591001		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	'MEDICUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/Kościuszki 15		x
telefon/ telefony:	774362525		
identyfikator REGON	531568070		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Medicus		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/Kościuszki 15		1
telefon/ telefony	77 406 83 15		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Martyniszyn Adam, Martyniszyn Bernadeta		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10		X
telefon/ telefony:	774145334		
identyfikator REGON	53165899000027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10		1
telefon/ telefony	774145334		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - FAMILIA S.C.KIŻYS JOLANTA WESOŁOWSKA KRYSTYNA KIŻYS ZBIGNIEW		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3		X
telefon/ telefony:	774850400, 774850393		
identyfikator REGON	53165434800026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia" S.C		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3		1
telefon/ telefony	774850400		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu	18.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Elżbieta Izabela Jarka - Doskocz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/48-385/Kałków 65		X
telefon/ telefony:	774356385		
identyfikator REGON	53244095100024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kałków/48-364/Kałków 65		1
telefon/ telefony	774356385		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ SAL-MED. Kałków / Otmuchów - Zespół Szkół w Otmuchowie - hala sportowa **(Punkt Szczepień Powszechnych)**		8
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/ 45-385/ ul.Krakowska 36		

telefon/ telefony	774315130; 774315197; 774356368; 774315156; 774315027; 774390775		
Data dodania do wykazu	21.04.2021		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	S.C. "DELTA" JANUSZKIEWICZ A. GAJDA I. DŁUGOSZ M. WYWIOŁ A.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-300/Os. XXX - lecia 17		**X**
telefon/ telefony:	774663129		
identyfikator REGON	53156991500026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-303/Os. XXX - lecia 17		**1**
telefon/ telefony	774667133		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ OMEGA s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-300/Pocztowa 12	**POP**	**1**
telefon/ telefony	775431561		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		**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		**X**
telefon/ telefony:	77481 38 81		
identyfikator REGON	53094784100020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1		**1**
telefon/ telefony	667676681		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		**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		**X**
telefon/ telefony:	774512065		
identyfikator REGON	'53242112600020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7		**1**
telefon/ telefony	601172152		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		**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		**X**
telefon/ telefony:	774611160		
identyfikator REGON	53156612400028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kolonowskie/47-110/Leśna 6		**1**
telefon/ telefony	77 46 11 160		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		**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		**X**
telefon/ telefony:	77 436 91 11		
identyfikator REGON	53112042800021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/Kościuszki 15		**1**
telefon/ telefony	77 436 91 11		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" Aleksandra Dekiel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1/1		**X**
telefon/ telefony:	77 44 02 000		
identyfikator REGON	53150469500028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1		**1**
telefon/ telefony	600214789		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu	18.01.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY.		**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głogówek/48-250/Targowa 6		
telefon/ telefony:	'605 224 081		
identyfikator REGON	16007336000029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głogówek/48-250/Targowa 6		
telefon/ telefony	605 224 081		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie leszek Ryszard Spychała		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kadłub/47-100/Zamkowa 8		**X**
telefon/ telefony:	77 4636495		
identyfikator REGON	531566182		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kadłub/47-175/Zamkowa 8		**1**
telefon/ telefony	77 4636495		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ZDROWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Fryderyka Chopina 3/1		**1**
telefon/ telefony	602348500		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30		**X**
telefon/ telefony:	'774412072		
identyfikator REGON	53157728600020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30		**1**
telefon/ telefony	774412072		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	**Punkt Szczepien Powszechnych**		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-083/Barlickiego 13		**9**
telefon/ telefony	739-000-392		
Data dodania do wykazu	19.04.2021		**PSP**
Data wykreślenia z wykazu	01.06.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsza/49-313/Szkolna 1c		**X**
telefon/ telefony:	774118551 603850069		
identyfikator REGON	53155428500020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsza/49-313/Szkolna 1c		**1**
telefon/ telefony	774118551		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/Sergiusza Mossora 6		**1**
telefon/ telefony	774118551 603850069		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TAR-MED SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY E. GOSPODAREK, G. GOSPODAREK, K. KACORZYK-MATYSIK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1		**X**
telefon/ telefony:	774032295		
identyfikator REGON	53157449000028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1		**1**
telefon/ telefony	774032295		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nakło/46-050/Przedszkolna 1		**1**
telefon/ telefony	774644114		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" W OPOLU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-062/Kościuszki 2		X
telefon/ telefony:	774020308		
identyfikator REGON	53157017200021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-062/Kościuszki 1		1
telefon/ telefony	774020317		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-061/Katowicka 91-93		1
telefon/ telefony	789 409 796		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Walce/47-344/Zamkowa 85		X
telefon/ telefony:	774660111		
identyfikator REGON	'53166879300020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Walce/47-344/Zamkowa 85		1
telefon/ telefony	774660111, 774660999		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		**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		X
telefon/ telefony:	774155351		
identyfikator REGON	'53231472600029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Szpitalna 13		1
telefon/ telefony	'774155351		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rudniki/46-325/Żeromskiego 1		X
telefon/ telefony:	601 458 242		
identyfikator REGON	272069185		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rudniki/46-325/Żeromskiego 1		1
telefon/ telefony	601 458 242		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "DOM-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ Żeromskiego 25c		X
telefon/ telefony:	'796786604		
identyfikator REGON	366420425		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ "DOM-MED" Sp. z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ul. Żeromskiego 25C		
telefon/ telefony	796786604		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gamed s.c. Jolanta Karliczek Paweł Grzanka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobrodzień/46-380/Parkowa 2a		X
telefon/ telefony:	601808066		
identyfikator REGON	16004749200027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobrodzień/46-380/ul. Parkowa 2a		
telefon/ telefony	343536590		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
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		X
telefon/ telefony:	77 48 42 745		
identyfikator REGON	532202074		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zdzieszowice/47-330/ul. Filarskiego 19		
telefon/ telefony	660225981		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-061/Katowicka 55		X
telefon/ telefony:	77 45 46 719, 77 45 48 160		
identyfikator REGON	53053276100020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-061/ul. Katowicka 55		
telefon/ telefony	774232660		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOMAG-MED. Magiera i Gibki Lekarska Spółka Partnerska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łosiów/49-330/Słowackiego 1		X
telefon/ telefony:	602644306		
identyfikator REGON	53155273100020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łosiów/49-330/ul. Słowackiego 1		1
telefon/ telefony	602644306		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skorogoszcz/49-125/Opolska 27		
telefon/ telefony	604426214		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olszanka/49-332/Olszanka 38a		
telefon/ telefony	602644365		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE S.C. H.KĘDZIERSKA A.POHL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała/48-210/Opolska 2		X
telefon/ telefony:	774387010		
identyfikator REGON	53157011400026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała/48-210/ul. Opolska 2		
telefon/ telefony	774387010		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" Marek Dekiel		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kielcza/47-126/Księdza Wajdy 21		X
telefon/ telefony:	774049090		
identyfikator REGON	53150470300029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kielcza/47-126/ul. Księdza Wajdy 21		
telefon/ telefony	774049090		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu	04.02.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2		X
telefon/ telefony:	774312187		
identyfikator REGON	53167192100026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2		
telefon/ telefony	774312187		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6		X
telefon/ telefony:	77 44 44 903		
identyfikator REGON	53140551000026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Grażyna Barbara Mrugała-Marcyniuk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krępna/47-330/Jasiońska 8		X
telefon/ telefony:	774844497		
identyfikator REGON	53121943400045		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gogolin/47-320/Szkolna 2		X
telefon/ telefony:	774076961		
identyfikator REGON	16003220800021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-641/Oświęcimska 92A		X
telefon/ telefony:	774562717		
identyfikator REGON	53166998200023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-641/ul. Oświęcimska 92A		
telefon/ telefony	501266130		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA "NOWA PRZYCHODNIA" FLORCZAK ANDRZEJ, TOMCZYK RENATA, MUSIALIK-CELTA KRYSTYNA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gogolin/47-320/Szkolna 2		X
telefon/ telefony:	774076973		
identyfikator REGON	53167509500022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2		
telefon/ telefony	774076973		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lewin Brzeski/49-340/Aleja Wojska Polskiego 21		X

telefon/ telefony:	774127276		
identyfikator REGON	53157454300027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lewin Brzeski/49-340/al. Wojska Polskiego 21		
telefon/ telefony	774127276		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczypała		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/Mickiewicza 8		**X**
telefon/ telefony:	774101355		
identyfikator REGON	53166744000023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE Spółka Cywilna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/ul. Adama Mickiewicza 8		
telefon/ telefony	774101355		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZWM MALINKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-285/Szarych Szeregów 72		**X**
telefon/ telefony:	774559799 234 774559799 234 608242298		
identyfikator REGON	53165841200024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień dla dzieci		**1**
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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/48-370/Staszica 5		**X**
telefon/ telefony:	77 43 16 724		
identyfikator REGON	53165316500024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/48-370/Staszica 5		
telefon/ telefony	691755086		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o.		**1**
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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Artur Robert Świtała		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzbica Górna/46-255/Wierzbica Górna 67		**X**
telefon/ telefony:	774141327		
identyfikator REGON	53157229000029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Pielęgniarki POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzbica Górna 67/46-250/		
telefon/ telefony	604581256		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120		**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		**X**
telefon/ telefony:	774832144		
identyfikator REGON	53134678200030		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-220/Powstańców 70		
telefon/ telefony	774832144		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121		**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		**X**
telefon/ telefony:	34 35 05 370		
identyfikator REGON	53166202300028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion, Jolanta Idasiak, Anna Maria Zygmunt		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Pieloka 14		
telefon/ telefony	343505370		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/48-385/Nyska 13		**X**
telefon/ telefony:	774390520, 774314912		
identyfikator REGON	53243905000025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/48-385/Nyska 13		
telefon/ telefony	774390520		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" GRAŻYNA WASIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A		**X**
telefon/ telefony:	343591186		
identyfikator REGON	15089711700026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Alergologiczna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A		
telefon/ telefony	343591186		

Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Leszek Kazimierz Oduliński		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9		**X**
telefon/ telefony:	774822686		
identyfikator REGON	53074071000031		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9		
telefon/ telefony	774822686		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20		**X**
telefon/ telefony:	774474600		
identyfikator REGON	53223577700021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20		
telefon/ telefony	774474600		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5		**X**
telefon/ telefony:	774413234		
identyfikator REGON	14334316600059		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5		
telefon/ telefony	513103462		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZY ROZINNYCH MEDICA S.C.B.BENICKI J.KUSTRA K.ADAMIK A.TOMCZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27		**X**
telefon/ telefony:	774615324		
identyfikator REGON	53155625500028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych "MEDICA" s.c.		**0**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27		
telefon/ telefony	774615324		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu	14.06.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka 3A		**X**
telefon/ telefony:	77 4216018		
identyfikator REGON	150056180		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka3A		

telefon/ telefony	77 4216018		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-861/Dambonia 171		**X**
telefon/ telefony:	77 887 21 21		
identyfikator REGON	53096880800033		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Dambonia Opole		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-861/Dambonia 171		
telefon/ telefony	77 887 21 21		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Nyska 1 Prudnik		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/Nyska 1		
telefon/ telefony	77 547 01 40		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Racławice Śląskie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Racławice/48-250/Zwycięstwa 60		
telefon/ telefony	77 437 65 88		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130		**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/46-053/Polna 2B		**X**
telefon/ telefony:	775506808		
identyfikator REGON	53157273900023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PANACEUM" S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Chrząstowice/46-053/Polna 2B		
telefon/ telefony	775506808		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/Pocztowa 7		**X**
telefon/ telefony:	774100468		
identyfikator REGON	160361544		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/Pocztowa 7/7		
telefon/ telefony	774100468		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Adriana Beata Łukowska-Zdobylak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13		**X**
telefon/ telefony:	774875129		
identyfikator REGON	531601085		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Adriana Beata Łukowska-Zdobylak		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13		
telefon/ telefony	774875129		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PULS LATUSEK-MICHALSKA I OSMÓLSKI - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F		**X**
telefon/ telefony:	774185500		
identyfikator REGON	16003728100026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F		
telefon/ telefony	774185500		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/31-864/prof. Michała Życzkowskiego 16		**X**
telefon/ telefony:	12 29 50 100		
identyfikator REGON	356366975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-676/Postępu 21 C		**X**
telefon/ telefony:	224504500		
identyfikator REGON	140723603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7		**X**
telefon/ telefony:	774351941		
identyfikator REGON	531209654		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	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		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I		X
telefon/ telefony:	774833722		
identyfikator REGON	53125119400022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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/I		
telefon/ telefony	774833722		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Teresa Czerner		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7		X
telefon/ telefony:	774009807		
identyfikator REGON	532415752		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	REMEDIUM CHOLEWIŃSKI,MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4		X
telefon/ telefony:	77 413 40 58		
identyfikator REGON	53164907000022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Remedium Byczyna Cholewiński, Maszkowska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4		
telefon/ telefony	77 413 40 58		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140		**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		X
telefon/ telefony:	775506808		
identyfikator REGON	53157273900023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA OSOWIEC		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSOWIEC/46-023/OLESKA 7		
telefon/ telefony	507418812		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CYTRAMED JANINA CYTRYCKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3		**X**
telefon/ telefony:	343599050		
identyfikator REGON	15025791000021.		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ CYTRAMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3		
telefon/ telefony	343599050		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Irena Topa-Dobrowolska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1		**X**
telefon/ telefony:	774649007		
identyfikator REGON	53120610100047		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIA"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1		
telefon/ telefony	774649007		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsza/49-313/Szkolna 1 C		**X**
telefon/ telefony:	774118551		
identyfikator REGON	53155428500020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA POZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARŁOWICE/46-037/KOLEJOWA 8		
telefon/ telefony	774697226		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39		**X**
telefon/ telefony:	774 692 064		
identyfikator REGON	369980870-00011		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39		
telefon/ telefony	77 500 59 90		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIPAK SPÓŁKA JAWNA CZESŁAW KOBYŁECKI, ZENON KAWECKI, DANUTA KOBYŁECKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76		**X**
telefon/ telefony:	774357685		
identyfikator REGON	53166331800020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA OGÓLNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76		
telefon/ telefony	774357685		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B		X
telefon/ telefony:	774 607 705		
identyfikator REGON	53240653000027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B		
telefon/ telefony	774607704		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A		X
telefon/ telefony:	774215006		
identyfikator REGON	531582212		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Justyna Joanna Łomny-Elias		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1		X
telefon/ telefony:	600853495		
identyfikator REGON	16026079000041		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20		X
telefon/ telefony:	(077)447 46 00		
identyfikator REGON	53223577700021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICOM Spółka Cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2		X
telefon/ telefony:	774646130		
identyfikator REGON	16146636300025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICOM S.C.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2		
telefon/ telefony	774646130		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		POP

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NALIGONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2		**X**
telefon/ telefony:	602 349 066		
identyfikator REGON	366841842		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/ul. Trzech Kotwic 6		**X**
telefon/ telefony:	774444903		
identyfikator REGON	53140551000026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH "KAMMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/ul. Ziemi Tarnowskiej 3		**X**
telefon/ telefony:	774161111		
identyfikator REGON	53140471700029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZUM KAMMED SP. Z O. O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKARBIMIERZ OSIEDLE/49-318/UL. TOPOLOWA 16		
telefon/ telefony	773330001		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C."MED-IZB" Knosala Bernard, Knosala Robert, Knosala Emilia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34		**X**
telefon/ telefony:	77 461 72 88		
identyfikator REGON	53154593200022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34		
telefon/ telefony	77 461 72 88		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7		**X**
telefon/ telefony:	774100468		
identyfikator REGON	16036154400025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7		
telefon/ telefony	774100468		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7		
telefon/ telefony	774100468		
Data dodania do wykazu	31.12.2020		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-VITA" S.C.MAŁGORZATA HOLLER DOROTA KĘCKA DOROTA SZUBELAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51		**X**
telefon/ telefony:	601 771 092		
identyfikator REGON	531500906		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK		**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2		
telefon/ telefony:	343575275		
identyfikator REGON	53164960800025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2		
telefon/ telefony:	343582093		
identyfikator REGON	382547290		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-PIAST" S.C.CICHOŃ K. KRZEMIŃSKI R. SKRZYPULEC M. KORDOWSKA-WILEŃSKA M.		**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/ul. Os. Piastów Śl. 20		
telefon/ telefony:	774630185		
identyfikator REGON	53154500400028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-PIAST" S.C.		**1**
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.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Jarczyńska-Nimsz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a		**X**
telefon/ telefony:	774159758		
identyfikator REGON	531568040		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a		
telefon/ telefony	774159758		
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Ogólna		**1**
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.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36		**X**
telefon/ telefony:	48774149504		
identyfikator REGON			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36		
telefon/ telefony	774149504		
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.		**POP**
Data wykreślenia z wykazu	18.01.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52		**X**
telefon/ telefony:	774127528		
identyfikator REGON			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52		1
telefon/ telefony	7741275		
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3		X
telefon/ telefony:	774194111		
identyfikator REGON	160075873		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3		
telefon/ telefony	662939514		
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marcinkowskiego Chudy Obara		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4		X
telefon/ telefony:	774091700		
identyfikator REGON	53238426000025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4		
telefon/ telefony	774091700		
Data dodania do wykazu	15.01.2021r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w Warszawie, Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B		X
telefon/ telefony:	774054150, 510202360		
identyfikator REGON	14334316600152		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B		
telefon/ telefony	774054150, 510202360		
Data dodania do wykazu	15.01.2021r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Mariacka 6/8		X
telefon/ telefony:	774355602		
identyfikator REGON	53163922500029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Mariacka 6/8		
telefon/ telefony	774355602		
Data dodania do wykazu	15.01.2021r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świerczów/46-112/ Opolska 2		X
telefon/ telefony:	774199345		
identyfikator REGON	53158607800027		

Miejsce udzielania świadczeń 1		rodzaj punktu*	rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. Świerczów		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świerczów/46-112/ Opolska 2		
telefon/ telefony	774199345		
Data dodania do wykazu	15.01.2021r.		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzta Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6		X
telefon/ telefony:	77 41 00 392		
identyfikator REGON	53155914700024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Małgorzta Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6		
telefon/ telefony	77 41 00 392		
Data dodania do wykazu	01.04.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ORTOPEDIA S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-222/Oleska 97		X
telefon/ telefony:	77 474 32 09		
identyfikator REGON	16008888700032		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ORTOPEDIA S.C.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-222/Oleska 97		
telefon/ telefony	77 474 32 09		
Data dodania do wykazu	01.04.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne PROMEDIC		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-062/T.Kościuszki 35		X
telefon/ telefony:	531 347 160		
identyfikator REGON	93298032700020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne PROMEDIC		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-062/T.Kościuszki 35		
telefon/ telefony	531 347 160		
Data dodania do wykazu	01.04.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu	01.07.2021		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne PROMEDIC		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-404/Al.Solidarności 26		
telefon/ telefony	531 347 160		
Data dodania do wykazu	12.04.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21		X
telefon/ telefony:	77 447 10 00		
identyfikator REGON	16028660100020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	VITAL MEDIC SPÓŁKA Z.O.O - punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Sportowa 7		
telefon/ telefony	77 549 27 00		
Data dodania do wykazu	01.04.2021		POP
Data wykreślenia z wykazu	20.04.2021		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	DIABETICA Sp zo.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27		**X**
telefon/ telefony:	77 544 41 00		
identyfikator REGON	16031994400026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	DIABETICA Sp zo.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27		
telefon/ telefony	77 544 41 00		
Data dodania do wykazu	12.04.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ VITA SP		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18		**X**
telefon/ telefony:	77 44 74 641		
identyfikator REGON	53233871500030		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ VITA SP		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18		
telefon/ telefony	77 44 74 641		
Data dodania do wykazu	12.04.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14		
telefon/ telefony:	774391405		
identyfikator REGON	53157053900024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14		
telefon/ telefony	774391405		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ HELP-MED. s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prudnik/48-200/Prężyńska 2		
telefon/ telefony:	698649042		
identyfikator REGON	16028414000028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ HELP-MED. s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobra/47364/Prudnicka 68		
telefon/ telefony	698649042		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ HELP-MED. s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łącznik/48-210/Sportowa 2a		
telefon/ telefony	698649042		
Data dodania do wykazu	04.05.2021		**POP**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Apteka WZGEM Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gdańsk/80-309/al.Grunwaldzka 411		
telefon/ telefony:	(058)770 18 80		
identyfikator REGON	363098153		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Apteka Gemini		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-068/ul. 1 Maja 13/1A		
telefon/ telefony	774066564		
Data dodania do wykazu	23.06.2021		**3**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Magistrowie Farmacji Widelska Ogrodnik Sp. J.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-364/ul. Słowackiego 2		
telefon/ telefony:	brak		
identyfikator REGON	369781052		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	APTEKA GEMINI		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zawadzkie/47-120/ul. Opolska 34		
telefon/ telefony	774616868		
Data dodania do wykazu	23.06.2021		**2**
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	APTEKA GEMINI		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-364/Słowackiego 2		
telefon/ telefony	774542321		
Data dodania do wykazu	28.06.2021		**2**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JK Pharm Katarzyna Jaśkowiec Sp.j.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Popielów/46-090/ul.Wolności 14		
telefon/ telefony:	+48 77 401 07 16		
identyfikator REGON	363774298		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Apteka LAWENDOWA		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Popielów/46-090/ul.Wolności 14		
telefon/ telefony	774010716		
Data dodania do wykazu	23.06.2021		**2**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	I-PHARM, GRZEGORZ JAŚKOWIEC SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-056/pl. Teatralny 13		
telefon/ telefony:	(077)404 70 10		
identyfikator REGON	160061730		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Apteka Prószkowska		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Prószków/46-060/ul. Daszyńskiego 1b		
telefon/ telefony	77 404 70 10		
Data dodania do wykazu	28.06.2021		**1**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Druga Apteka Zdrowit spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piekary Śląskie/41-943/Diamentowa 3		
telefon/ telefony:	brak		
identyfikator REGON	243262000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Apteka Zdrowit		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/pl. 1 Maja 9		
telefon/ telefony	774850912		
Data dodania do wykazu	28.06.2021		**2**
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	APOTEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/48-385/Sienkiewicza 12		
telefon/ telefony:	brak		
identyfikator REGON	532230768		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	APTEKA CENTRUM		**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ul. Mariacka 10		
telefon/ telefony	774025034		
Data dodania do wykazu	28.06.2021		**2**
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Apteka Zdrowit sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piekary Śląskie/41-940/Piotra Skargi 13		
telefon/ telefony:	brak		
identyfikator REGON	243175659		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183		**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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**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			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184		**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		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa/ nazwa apteki:	Apteka Gemini	**-**	**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/ul. Opolska 6		
telefon/ telefony	774179003		**2**
Data dodania do wykazu	01.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną (3)		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Apteka Centralna Spółka Jawna mgr farm. Alicja Gadzińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego		
telefon/ telefony:	774520899		
identyfikator REGON			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**rodzaj punktu***	**rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa/ nazwa apteki:	APTEKA CENTRALNA	**-**	**APT**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego		
telefon/ telefony	774520899		**1**
Data dodania do wykazu	01.07.2021		
Data wykreślenia z wykazu			

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 01.07.2021r.

Załącznik nr 1

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	
nazwa:	Krapkowickie Centrum Zdrowia
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21
telefon/ telefony:	506868430
identyfikator REGON	16021349900014
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania:	2
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	
nazwa:	NZOZ ELIASMED
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1
telefon/ telefony:	600853495
identyfikator REGON	16026079000041
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania:	1

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 10 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	Szczepienia pacjentów z chorobą nowotworową, u których po dniu 31 grudnia 2019r. prowadzono leczenie chemioterapią lub radioterapią	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Marii Curie-Skłodowskiej 16, 48-340 Głuchołazy	
telefon/ telefony:	774391950	
identyfikator REGON	000317665	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Chemioterapii	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ Józefa Lompy 2	
telefon/ telefony	77 4009315	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40	
telefon/ telefony:	77 4080123	
identyfikator REGON	531172135	

Miejsce udzielania świadczeń 1		liczba zespołów
nazwa:	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40	
telefon/ telefony	77 4080289, 4080453	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 5	
telefon/ telefony:	77 4062400	
identyfikator REGON	000314661	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Poradnia Urologiczna	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 7	
telefon/ telefony	77 4062526	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Urologiczny	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Franklina Delano Roosevelta 2	
telefon/ telefony	77 4062496	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		

nazwa:	Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kup	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14	
telefon/ telefony:	77 4032850	
identyfikator REGON	530938517	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Chorób Płuc	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14	
telefon/ telefony	77 4032841	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii im.prof.T.Koszarowskiego w Opolu	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-060/ Katowicka 66A	
telefon/ telefony:	77 4416001	
identyfikator REGON	531420768	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Poradnia Chemioterapii	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-060/ Katowicka 66A	
telefon/ telefony	77 4416004	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-060/ Katowicka 66A	
telefon/ telefony	77 4416090	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**liczba zespołów**

nazwa:	Oddział Ginekologii Onkologicznej	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-060/ Katowicka 66A	
telefon/ telefony	77 4416087	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 4		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Radioterapii	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-060/ Katowicka 66A	
telefon/ telefony	77 4416126	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		
nazwa:	Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony:	77 4433100	
identyfikator REGON	531418151	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Kliniczny Hematologii, Onkologii Hematologicznej i Chorób Wewnętrznych	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony	77 4433690	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	Oddział Pulmonologii	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony	77 4433284	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		

Miejsce udzielania świadczeń 3		liczba zespołów
nazwa:	Poradnia Hematologiczna	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony	77 4433079	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/Klonowa 1	
telefon/ telefony:	034/350 96 65	
identyfikator REGON	00030658400030	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olesno/46-300/ul. Klonowa 1	
telefon/ telefony	34/35 09 657	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		
nazwa:	Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony:	77/443 31 00	
identyfikator REGON	531418151	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	1

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/ 45-372/ul. Augustyna Kośnego 53	
telefon/ telefony	500 578 727	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26	
telefon/ telefony:	77/452 01 11	
identyfikator REGON	53051239100023	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26	
telefon/ telefony	77/452 08 11	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		
nazwa:	DAVITA sp. z o.o.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wrocław/41-200/Legnicka 48/bud.F	
telefon/ telefony:	71/342 98 50	
identyfikator REGON	145884498	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	DAVITA sp. z o.o.	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	K-Koźle/47- 220/ul. Kozielska 11	
telefon/ telefony	77/445 59 36	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		
nazwa:	DIAVERUM POLSKA Sp.z o.o.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/04-769/ul. Cylichowska 13/15	

Załącznik nr 1

telefon/ telefony:	22/516 06 00	
identyfikator REGON	140878910	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Nysie	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nysa/48-300/ul. Bohaterów Warszawy 34	
telefon/ telefony	77/408 79 16	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Głubczycach	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ ul.Skłodowskiej 26	
telefon/ telefony	668 366 926	
Data dodania do wykazu	08.03.2021	
Data wykreślenia z wykazu		

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole,
dnia 10 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia	X
Data dodania do wykazu	18.01.2021
Data wykreślenia z wykazu	
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	X
Data dodania do wykazu	18.01.2021
Data wykreślenia z wykazu	

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 10 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz podmiotów udzielających świadczenie Dodatkowy koszt pobytu pacjenta COVID-19 niezawarty w kosztach JGP

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	X
Data dodania do wykazu	
Data wykreślenia z wykazu	
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne	X
Data dodania do wykazu	
Data wykreślenia z wykazu	

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 23 marca 2021 r.

Załącznik nr 1

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ul. Marii Curie-Skłodowskiej 16				
telefon/ telefony:	+48 77 439 15 68				
identyfikator REGON	000317665				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchołazy/ 48-340/ul. Lompy 2		**X**		
telefon/ telefony	(077) 400 93 59				
Data dodania do wykazu	26.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością				

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORFANTÓW / 48-317 /ul. Wyzwolenia 11				
telefon/ telefony:	(077)434 40 00				
identyfikator REGON	000654530				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z		**X**	**X**	**X**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KORFANTÓW / 48-317 /ul. Wyzwolenia				
telefon/ telefony	(077) 434 40 23, (77) 434 40 15		27.04.2021	17.05.2021	17.05.2021
Data dodania do wykazu	27.04.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Szpitalna 13				
telefon/ telefony:	(077)415 52 41				
identyfikator REGON	53246040000023				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" Spółka Cywilna			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grodków/49-200/Szpitalna 13				
telefon/ telefony	(077)415 52 41				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Przychodnia Rodzinna OMEGA Sp. z o.o.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/48-370/Stanisława Staszica 5				
telefon/ telefony:	(077)431 67 24				
identyfikator REGON	531653165				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ "OMEGA" - Przychodnia Rodzinna w Otmuchowie			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otmuchów/48-385/Krakowska 17				
telefon/ telefony	(077)431 67 24				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Marek Smiech Reh-Medica				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Reńska Wieś/47-208/Pawłowicka 6				
telefon/ telefony:	+48 696 081 780				
identyfikator REGON	160144019				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**

nazwa:	REH-MEDICA Marek Smiech				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Reńska Wieś/47-208/Pawłowicka 6			X	
telefon/ telefony	+48 696 081 780				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Gabinet Rehabilitacji Małgorzata Kaniewska-Olek				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Byczyna/46-220/Kościelna 4				
telefon/ telefony:	692635846				
identyfikator REGON	160261162				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Gabinet Rehabilitacji Małgorzata Kaniewska-Olek				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Byczyna/46-220/Kościelna 4			X	
telefon/ telefony	692635846				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ Reha- Centrum				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niemodlin/49-100/Reymonta 7				
telefon/ telefony:	600236506				
identyfikator REGON	160138409				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Gabinet Rehabilitacji Reha-Centrum			X	X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niemodlin/49-100/Reymonta 7				
telefon/ telefony	690906667				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	POLSKA GRUPA KARDIOLOGICZNA "PRO CORDE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WROCŁAW/50-315/NOWOWIEJSKA 64-66/1 A				
telefon/ telefony:	+48 71 322 60 08				
identyfikator REGON	021817130				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	"PRO CORDE" Dom Medyczny Opole			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-706/PL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11A				
telefon/ telefony	774195039				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ EUROMEDYK A. Sochacki T. Sochacki Spółka Jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-057/Ozimska 19/10				
telefon/ telefony:	(077)441 32 95				
identyfikator REGON	531555570				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EUROMEDYK"			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-057/Ozimska 19/10				
telefon/ telefony	(077)441 32 95				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej DONI COR Sp. z o.o				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/Kamienna 4				
telefon/ telefony:	(077)444 40 52				
identyfikator REGON	160193130				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**

nazwa:	OŚRODEK REHABILITACJI DONI COR				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/Kamienna 4			X	X
telefon/ telefony	(077)444 40 52				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Firma Usługowo-Handlowa Joanna Widacha-Cichoń				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POPIELÓW/46-090/Dworcowa 31				
telefon/ telefony:	+48 503 354 324				
identyfikator REGON	16025269000034				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Zak-reha Przychodnia rehabilitacyjna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POPIELÓW/46-090/Dworcowa 31			X	
telefon/ telefony	+48 503 354 324				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Łukasz Broszko DR KANGUR				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zubrzyce/48-100/Pogodna 3				
telefon/ telefony:	604246994				
identyfikator REGON	160269034				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Łukasz Broszko DR KANGUR			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/Chrobrego 16				
telefon/ telefony	784565994				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia S.A Szpital Powiatowy				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUCZBORK/46-200/Skłodowskiej-Curie 23				
telefon/ telefony:	+48 77 417 35 00;+48 604 468 854				
identyfikator REGON	532421008				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Przychodnia Specjalistyczna w Kluczborku			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/ul.Sienkiewicza 20B				
telefon/ telefony	+48 77 417 35 00;+48 604 468 854				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OPOLE/45-221/Wodociągowa 4				
telefon/ telefony:	775414200				
identyfikator REGON	000294303				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.św.Jadwigi			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OPOLE/45-221/Wodociągowa 4				
telefon/ telefony	775414213				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Marek Grodzki				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnioka 22				
telefon/ telefony:	661227751				
identyfikator REGON	272030740				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI MAREK GR				

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głubczyce/48-100/ Henryka Sienkiewicza 1				X
telefon/ telefony	661662307				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI MAREK GR				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wilków/46-113/Kościelna 6				
telefon/ telefony	661662307				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	EURO-MED Sp.z o.o.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnioka 22				
telefon/ telefony:	661227751				
identyfikator REGON	240247306				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED SP. Z O.O.				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1				
telefon/ telefony	603427900				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6				X
telefon/ telefony	603427900				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-203/Ligonia 14F				X
telefon/ telefony	603427900				
Data dodania do wykazu	14.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Opieki Długoterminowej Sp. z o.o.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAŃCUT/37-100/Armii Krajowej 18				
telefon/ telefony:	+48 73 374 94 11				
identyfikator REGON	181007326				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krapkowice/47-300/ul.Damrota 2				X

telefon/ telefony	+48 73 374 94 11				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Praszka/36-320/ul.Fabryczna 14a				**X**
telefon/ telefony	+48 73 374 94 11				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
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				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Zakład Rehabilitacji Leczniczej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paczków/48-370/ul.Stanisława Staszica 3			**X**	
telefon/ telefony	77 43 90 300				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Centrum Medyczne i Rehabilitacji KRIOSONIK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka jawna				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/03-202/Wysockiego 51				
telefon/ telefony:	48 22 811 51 73				
identyfikator REGON	01515312000026				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Centrum Medyczne i Rehabilitacji KRIOSONIK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-759/Walerego Wróblewskiego 46			X	X
telefon/ telefony	+48 77 449 57 57				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/02-673/Konstruktorska 13				
telefon/ telefony:	(077)441 32 34				
identyfikator REGON	14334316600059				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS"			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OPOLE/45-706/Józefa Piłsudskiego 5				
telefon/ telefony	(077)441 32 34				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
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:	+48 774 062 500				
identyfikator REGON	00031466100021				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul.Harcerska 11				
telefon/ telefony	+48 774 062 500				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIZJO-MED"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 25b				
telefon/ telefony:	48602740614				
identyfikator REGON	53165099400023				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIZJO-MED"			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 25b				
telefon/ telefony	48602740614				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26				
telefon/ telefony:	+48 77 452 07 45				
identyfikator REGON	53051239100023				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26				
telefon/ telefony	+48 77 452 07 45				
Data dodania do wykazu	17.05.2021				
Data wykreślenia z wykazu					

Dyrektor OOWNFZ
Robert Bryk

Opole, dnia 17 maja 2021 r.

Załącznik nr 1