



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

---

Kraków, dnia piątek, 30 października 2020 r.

Poz. 6621

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY MAŁOPOLSKIEGO

z dnia 30 października 2020 r.

**w sprawie aktualizacji wykazu podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentystów, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

§ 1. Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1842), ogłasza się **Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentystów, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w formie załącznika do niniejszego obwieszczenia.**

§ 2. Obwieszczenie podlega publikacji w Dzienniku Urzędowym Województwa Małopolskiego.

z up. Wojewoda Małopolski  
I Wicewojewoda Małopolski

**Zbigniew Starzec**



|                                                   |                                                                                                                                                                                     |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2                                                                                                                                              |                                        |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 36 99                                                                                                                                                                    |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                                                                                                         |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2                                                                                                                                              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52                                                                                                                                |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                                                                                                                        |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2                                                                                                                                              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | Nr telefonu dla pacjentów kierowanych przez POZ oraz dla pacjentów z objawami: +48 12 400 12 56, nr telefonu dla pacjentów kierowanych do leczenia uzdrowiskowego: +48 12 400 17 50 |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | "Szpital tymczasowy"                                                                                                                                                                |                                        | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | szpital tymczasowy                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-001, ul. Kopernika 50; Kraków, 31-034, ul. Botaniczna 3                                                                                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                     |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                                                                                                                                                                     | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE                                                                           |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66                                                                                                                                                   |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |

|                                                   |                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | + 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 000630161                                                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Oddział obserwacyjno-zakaźny                                 |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 12 622 94 03                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Oddział chorób zakaźnych dla dzieci                          |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 12 622 95 03                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | + 48 12622 92 60, +48 12 622 94 15, +48 12 622 92 26         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                              | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |

|                                                   |                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | +48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 000300570                                                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-03-50, +48 12 273-03-54                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 273-02-50, +48 12 273-02-17, +48 12 273-02-12         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                              | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Oddział Chorób Zakaźnych                                     |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 273 03 02, +48 12 273 03 03                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                              | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. E. SZCZEKLIKA W TARNOWIE         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                | +48 14 63 10 100,                                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 000313408                                                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |

|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | + 48 14 63 10 498, + 48 14 63 10 419, +48 14 63 10 508         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno Zakaźny dla Dzieci                        |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                | +48 14 63 10 100                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków,                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 614 20 00, +48 12 614 20 01                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 000290073                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Pracownia Mikrobiologiczna                                     |                                 |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 514 602 932                                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |

|                                                   |                                                                                             |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                         |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                |                        |                                             |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                                             |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 614 20 00                                                                       |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                         |
| nazwa:                                            | Izolatorium prowadzone przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie |                        |                                             | x           |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WM Hotel System Sp. z o.o, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków                              |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 519 837 734                                                                        |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                         |
| nazwa:                                            | Oddział Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej                                 |                        | x                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                                             |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 614 20 00, +48 12 614 23 23                                                          |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                             | transport sanitarny ** | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                         |
| nazwa:                                            | Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii                                |                        | x                                           |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom III - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków                                                             |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)                                                       |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |
|                                                   |                                                                                             |                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                         |

[illegible]

|                                                   |  |                                                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5                      | x                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |
| telefon/ telefony                                 |  | + 48 18 44-25-892                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |  |                                                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |  |                                                         | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            |  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE TARNOWSKIEJ         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                |  | +48 014 642 28 31, + 48 014 642 27 50                   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               |  | 000304361                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  |                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            |  | Oddział Obserwacyjno – Zakaźny                          |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |  | + 48 14 644 32 61, + 48 14 644 32 88                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |  |                                                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            |  | Izba Przyjęć                                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |  | + 48 14 644 33 00, + 48 14 644 32 22, + 48 14 644 33 04 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |  |                                                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  |                                                         | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            |  | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |  | tel. + 48 14 6443 288                                   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|                                                   |  |                                                         |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Pracowni Analityki, Mikrobiologii i Serologii z Bankiem Krwi                                                     |                                 |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa Tarnowska, 33-200, ul. Szpitalna 1                                                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 14 644 32 75                                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |                                                                                                                  | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olszynie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 13.10.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszyna, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                | + 48 41 240 1200                                                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 320592435                                                                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                                                     |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszyna, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-śr.i pt. 10:00-14:30 , czw.11:00-15:30),<br>+ 48 41 240 12 76 (sob.-nd.10:00-14:30) |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszyna, 32-300, ul. 1000-lecia 13                                                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 41 240 12 70                                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                                                     |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skalska 22, 32-340 Wolbrom                                                                                   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-pt. 15:00-17:00),<br>+ 48 41 240 12 76 (sob.-nd.15:00-17:00)                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |

| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Nowy Szpital w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | X                               | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olkusze, 32-300, ul. 1000-lecia 13                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | + 48 41 240 1200                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.                                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020<br><br>Poziom II od 12 października 2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| identyfikator REGON                               | 000300593                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 386 51 22                                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań w Izbie Przyjęć Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego   |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 386 52 10, +48 12 386 52 75                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |



|                                                    |                                                                                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz                                                                             |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 442 09 49                                                                                                 |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 492007357                                                                                                        |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe (2 zespoły transportu sanitarnego) | 2                                      |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz                                                                             |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                  |                                                                                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
|                                                    |                                                                                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                                                                  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| nazwa:                                             | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU                                              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020<br><br>Poziom II od 12 października 2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 263 30 01                                                                                                 |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| identyfikator REGON                                | 000308324                                                                                                        |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                             | PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU (1 zespół transportu sanitarnego)            | 1                                      |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                  |                                                                                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                                      |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ                                                                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                  | +48 18 263 32 00, + 48 18 263 32 03                                                                              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |



|                                                    |                                                                   |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów                                  | 1                                      |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  |                                                                   |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  |                                                                   |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Krakowskie Pogotowie Ratunkowe                                    |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków                                 |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 424 42 00                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 351564854                                                         |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Krakowskie Pogotowie Ratunkowe (2 zespoły transportu sanitarnego) | 2                                      |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków                                 |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  |                                                                   |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                   | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego         |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | <p>Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 4.10.2020</p> <p>Poziom II od 5 października 2020 r.</p> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                              |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 330 17 00                                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 000304378                                                         |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                   | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |

|                                                   |                                                                                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego (1 zespół transportu sanitarnego) | 1                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                 | +48 18 330 17 00 wew. 845; 846; 858; 859                                                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 536 544 595, +48 668 537 028                                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                             | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego                                   |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                | +48 18 330 17 00                                                                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|                                                   |                                                                                             |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                             | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| nazwa:                                            | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Armii Krajowej 18, 30-150 Kraków                                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |

|                                                    |                                                                  |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                 | +48 12 629 89 00, +48 12 629 88 00                               |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| identyfikator REGON                                | 351618159                                                        |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                             | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA (1 zespół transportu sanitarnego)         | 1                                      |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków                              |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                  |                                                                  |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                                                     |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków                |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 629 88 00                                                 |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                             | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                           |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Izba Przyjęć - Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    | X                                   |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 629 88 00                                                 |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                  | transport sanitarny **                 | leczenie/<br>obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                             | Punkt Pobrań                                                     |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Armii Krajowej 5, 30-150 Kraków                              |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 629 88 00                                                 |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                             | 29.10.2020 r.                                                    |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |                                        |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                                  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                             |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |

|                                                   |                                                                                                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k.                                                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31 - 542, ul. Kordylewskiego 4                                                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 430 22 08, +48 12 378 49 04                                                                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| identyfikator REGON                               | 121205547                                                                                                                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                         |
| nazwa:                                            | OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k. (2 zespoły transportu sanitarnego)                                                           | 4                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Zwiększenie liczby zespołów transportu sanitarnego do 4 od 26.10.2020 r |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31 - 535, ul. Gęsia 22a                                                                                                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
|                                                   |                                                                                                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
|                                                   |                                                                                                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |                                                                                                                                                 | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| nazwa:                                            | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ                                                                                     |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom II<br>od 4 października 2020 r.                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                                                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| telefon/ telefony:                                | +48 12 63 08 301                                                                                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| identyfikator REGON                               | 351506868                                                                                                                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                         |
| nazwa:                                            | Poradnia stomatologiczna - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów podejrzanych o zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 |                                 |                                          |             |            | x                                   |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                                                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 63 08 301                                                                                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                         |
| nazwa:                                            | Zakład analityki lekarskiej (laboratorium)                                                                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                                                                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |
| telefon/ telefony                                 | +48 12 63 08 272                                                                                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                         |

|                                                    |                                                                     |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                         |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 63 08 068                                                    |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                                                |                                        |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 63 08 301                                                    |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ         |                                        | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3                                  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | +48 12 63 08 301                                                    |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
|                                                    |                                                                     |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                                     | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | <p>Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020</p> <p>Poziom II od 12 października 2020 r.</p> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 646 8 502                                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| identyfikator REGON                                | 121188694                                                           |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                     | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. |                                        | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 64 68 291                                               |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |





|                                                    |                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 637 42 05                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków                                                                    |                                          | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 662 31 50                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
|                                                    |                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                                           | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | <p>Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020</p> <p>Poziom II od 12 października 2020 r.</p> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 12 68 76 200                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| identyfikator REGON                                | 351564179                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                        |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 12 68 76 205                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                           | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                        |

|                                                   |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie                                             |                                   | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 68 76 200                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
|                                                   |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |                                                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | <p>Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 04.10.2020</p> <p>Poziom II od 5 października 2020 r.</p> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 631 50 00                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| identyfikator REGON                               | 850052740                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                       |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                       |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 57 07, +48 14 631 51 11, + 48 14 631 56 38                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                       |
| nazwa:                                            | Dział Diagnostyki Laboratoryjnej                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 58 51                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                       |

|                                                   |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 14 631 54 15                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                       |
| nazwa:                                            | Szpital Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie |                                   | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 631 50 00                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
|                                                   |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel. + 48 12 619 86 00                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| identyfikator REGON                               | 000298583                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                       |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 12 619 86 13<br>+ 48 12 619 86 17                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                         | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie |                        | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                         |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. + 48 12 619 86 00                                                  |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń                      |                                                                         | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań (wejście nr 2 Izba Przyjęć B)                              |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków                                         |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. + 48 12 619 86 13                                                  |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.                                                           |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                         |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 875 24 46                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| identyfikator REGON                               | 000805666                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |

|                                                   |                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 12 620-82-61                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
|                                                   |                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| nazwa:                                            | Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 652 43 47                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| identyfikator REGON                               | 000805666                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                |  |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 012 652 42 87, +48 12 262 48 14                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
|                                                   |                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 30.09.2020<br><br>Poziom II od 1 października 2020 r. |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| identyfikator REGON                               | 000300587                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                        | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                |  |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 47 32 400, +48 18 47 32 100                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                                                                                          |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 505 668 356                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                          |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im.dr. Józefa Dietla w Krynicy- Zdroju |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                          |
| nazwa:                                            | Mobilny Punkt Pobrań                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | M                                                                                           |                                                                                                          |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 473 24 24                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Data dodania do wykazu                            | 22.10.2020 r.                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie<br>od 15.09.2020 r.<br>do 11.10.2020<br><br>Poziom II<br>od 12 października 2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| telefon/ telefony:                                | tel.<br>+48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| identyfikator REGON                               | 000311510                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                          |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                          |





|                                                   |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 7, 34-100 Wadowice                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 5, 34-100 Wadowice                                    |                                   | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 21 200 wew. 401, +48 690 108 899, +48 571 324 953 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
|                                                   |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020<br><br>Poziom II od 12 października 2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 872 31 00                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| identyfikator REGON                               | 000304415                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |

|                                                   |                                                                                |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                    |                        |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 872 33 67, +48 33 872 33 77, +48 33 872 32 61, +48 33 872 33 78, + |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |  |
| nazwa:                                            | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej                                              |                        |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 33 87 23 276                                                          |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                   |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | s                                                                                           |                                                                                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 501 188 292                                                           |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |  |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej                                  |                        | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka                                       |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 33 872 31 00                                                          |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |                                                                                |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| kategoria realizowanych świadczeń                 |                                                                                |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                                                 |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020<br><br>Poziom II od 12 października 2020 r. |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                                               |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                                          |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |
| identyfikator REGON                               | 000310108                                                                      |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |  |

|                                                   |                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                    |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 32 624 - 70 - 08, + 48 32 624 - 74 - 95         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                    |
| nazwa:                                            | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej                     |                                   |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 32 624 74 49                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                    |
| nazwa:                                            | Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| telefon/ telefony                                 | tel. + 48 32 624 74 48                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                          | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                    |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Chrzanowie                           |                                   | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 47 32 400                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
|                                                   |                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |                                                          | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                    |



| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                             | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku                    | 1                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 66 21 166                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
|                                                   |                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                                                             | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020<br><br>Poziom II od 12 października 2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 18 35 -53-200                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| identyfikator REGON                               | 000308614                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                             | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 35-53-505, +48 18 35-53-501                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                             | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                 |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, punkt pobrań |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | s                                                                                           |                                                                                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 18 35 53 504, +48 18 35 53 505                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                 |

|                                                    |                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                    | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                                      |                                          | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 35 -53-200                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                    | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach                                      |                                          |                                          |             |            |                                     | x                                  |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 18 35 -53-327, +48 18 35 -53-328                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
|                                                    |                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                                                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | <p>Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020</p> <p>Poziom II od 9 października 2020 r.</p> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                 | tel. +48 14 61 53 400                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| identyfikator REGON                                | 000304349                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                    | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                                                                                      |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |                                                                                             |                                                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |
| telefon/ telefony                                  | tel. +48 14 61 53 262, +48 14 61 53 302                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                                                                                      |









|                                                   |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 12 292 71 71                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 290133495                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            |  | Poradnia okulistyczna                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 12 292 71 71                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                   |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |  | kategoria realizowanych świadczeń                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            |  | Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno - Zabiegowe MEDICINA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kraków, 31-559 , ul. Stefana Rogozińskiego 5                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 12 345 70 01                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 8397907                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            |  | Poradnia lekarza poz                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kraków, 31-559 , ul. Grzegórzecka 67C                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 12 345 70 01                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                   |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |  | kategoria realizowanych świadczeń                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            |  | Specjalmed Sp. z o.o.                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | tel.: + 48 512 295 412                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 120778092                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            |  | Poradnia lekarza poz                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Dobczyce, 32-410, ul. Zarabie 35C                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefonv                                 |  | 12 271 009 00                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                 | tel.: + 48 510 090 854                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
|                                                   |                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| nazwa:                                            | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony:                                | + 48 799 399 361                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| identyfikator REGON                               | 356366975                                           | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| nazwa:                                            | Punkt mobilny Drive Thru                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Stanisława Lema 8, 31- 571 Kraków               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S                                                                                           |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krakowska 285, 32-420 Gdów                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| telefon/ telefony                                 | + 48 799 399 361                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |

|                                                    |                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Punkt Pobrań</b>                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kopernika 8, 31-034 Kraków                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| telefon/ telefony                                  | +48 799 399 361                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                   |                                               | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |                                       |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Punkt Pobrań</b>                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Kolbego 38, 34-730 Mszana Dolna           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| telefon/ telefony                                  | +48 799 399 361                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                   |                                               | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |                                       |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Punkt Pobrań</b>                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | al. Kijowska 12, 33-332 Kraków                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| telefon/ telefony                                  | +48 799 399 361                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 23.10.2020 r.                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                   |                                               | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |  |                                       |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Punkt Pobrań</b>                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Al. 29 listopada 178, 31-236 Kraków           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| telefon/ telefony                                  | +48 799 399 361                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 23.10.2020 r.                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
|                                                    |                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |                                               | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| <b>nazwa:</b>                                      | <b>Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc</b>        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
| telefon/ telefony:                                 | +48 18 267 60 60                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  |                                       |
|                                                    |                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |  | poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. |

[illegible]



|                                                   |                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       |                                                                | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| nazwa:                                            | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel.:+48 18 20 120 61                                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| identyfikator REGON                               | 000296377                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                       |
| nazwa:                                            | Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oswalda Balzera 15, 34-500 Zakopane                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony                                 | tel.:+48 18 20 120 61                                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |

|                                                   |                                                                                                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |                                                                                                            | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 634 80 00                                                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| identyfikator REGON                               | 000288366                                                                                                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                       |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                       |

|                   |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | tel. +48 12 634 80 00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56       |                                                      | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Merkuriusza Polskiego 35, 30-698 Kraków          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 12 312 09 09                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| identyfikator REGON                               | 362480815                                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                      | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:                                            | Krzysztof Ślusarczyk Liberandum Ratownictwo Medyczne | 2                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Złocieniowa 20, 30-898 Kraków                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 500 488 338; +48 12 312 09 09               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.                                        |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                      |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |                                         | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| nazwa:                                            | VITO - MED. Sp. z o.o.                  |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Radiowa 2, 44-100 Gliwice           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 32 302-98-00, +48 32 302-98-10 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| identyfikator REGON                               | 240133028                               |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                         | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                            |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |



[illegible]

|                                             |                                 |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | katalog realizowanych świadczeń |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|--|

[illegible][illegible]

[illegible]

|                                                   |                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       |                                                                           | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o                                     |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań                                              |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony:                                | tel.: +48 61 839 26 00                                                    |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| identyfikator REGON                               | 634254014                                                                 |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Centrum Dializ Fresenius                                                  |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.10.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków                                       |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                           | transport sanitarny **          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 |                                        |
| nazwa:                                            | Centrum Dializ Fresenius                                                  |                                 | x                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             | poziom II - w okresie od 15.10.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice                                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| telefon/ telefony                                 |                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020                                                                |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                           |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       |                                                                           | katalog realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| nazwa:                                            | Centrum Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej - Emergency24 Sp. z o.o. |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków                                          |                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |                                                                                             |                                        |





|                                                   |                                             |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| telefon/ telefony:                                | tel. +48 14 688 60 11                       |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| identyfikator REGON                               | 10649508                                    |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> |  |
| nazwa:                                            | <b>Punkt Pobrań</b>                         |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B) |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| telefon/ telefony                                 | tel. +48 531 415 498                        |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020                                  |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                               |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                                                                                                    |  |

1. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 14 maja 2020 roku nr 4/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 30/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.16.2020 w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowane nieruchomości Uzdrowiska Krynica-Żegiestów S.A. – Nowego Domu Zdrojowego, ul. Nowotarskiego 9/4 w Krynicy Zdroju skierowanego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju ul. Kraszewskiego 142, zmienionego poleceniem nr 44/2020 z dnia 17 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.24.2020), doręczoną w dniu 14.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 15.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 15.05.2020 r.
2. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 14 maja 2020 roku nr 5/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 31/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.17.2020 w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość SP ZOZ Sanatorium Uzdrowskiego MSWiA w Krynicy Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny położoną w Krynicy-Zdroju przy ul. Nitribitta 4, skierowanego do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr. Józefa Dietla w Krynicy Zdroju ul. Kraszewskiego 142, zmienionego poleceniem nr 45/2020 z dnia 17 kwietnia 2020 r. znak: WN.II.0121.25.2020), doręczoną w dniu 15.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 16.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 16.05.2020 r.
3. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 19 maja 2020 roku nr 6/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 32/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 9 kwietnia 2020 r. znak: znak: WN-II.0121.18.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy al. 29 Listopada 189 kierowane do Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. os. Złotej Jesieni 1, doręczoną w dniu 19.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 20.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 20.05.2020 r.
4. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 19 maja 2020 roku nr 7/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 33/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 10 kwietnia 2020 r. znak: znak: WN-II.0121.19.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Bolesława Śmiałego 60 kierowane do Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla w Krakowie, doręczoną w dniu 19.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 20.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 20.05.2020 r.
5. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 26 maja 2020 roku nr 11/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 24/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 4 kwietnia 2020 r. znak: znak: WN-IV.0121.12.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Stanisława Klimckiego 24 kierowane do Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie, doręczoną w dniu 26.05.2020 r. co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 27.05.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 27.05.2020 r.
6. Usunięcie z wykazu Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie w kategorii „transport sanitarny”, z mocą od 29.05.2020 r.

7. Redukcji liczby zespołów transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 2 do 1), w kategorii „transport sanitarny”, z mocą od 29.05.2020 r.
8. Usunięcie z wykazu SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA IM. E. SZCZEKLIIKA W TARNOWIE w kategorii „leczenie”, z mocą od 01.06.2020 r.
9. Usunięcie z wykazu Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie w kategorii „leczenie”, z mocą od 01.06.2020 r.
10. Usunięcie z wykazu Nowego Szpitala w Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w kategorii „leczenie”, z mocą od 01.06.2020 r.
11. Usunięcie z wykazu Szpitala Św. Anny w Miechowie w kategorii „leczenie”, z mocą od 01.06.2020 r.
12. Usunięcie z wykazu SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W PROSZOWICACH w kategorii „leczenie”, z mocą od 01.06.2020 r.
13. Zgodnie z treścią decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 2 czerwca 2020 roku nr 12/2020 (polecenie 63/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 1.06.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 12 czerwca 2020 r. nr 15/2020 (polecenie 68/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 13.06.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 17 lipca 2020 r. nr 30/2020 (polecenie 92/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 18.07.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 22 lipca 2020 r. nr 32/2020 (polecenie 96/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 21.07.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 27 lipca 2020 r. nr 35/2020 (polecenie 99/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 27.07.2020 r., decyzji Wojewody Małopolskiego z dnia 30 lipca 2020 r. nr 38/2020 (polecenie 104/2020) - zmiany ze skutkiem od dnia 29.07.2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 39/2020 z dnia 7 sierpnia 2020 r. (Polecenie 105/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 8 sierpnia 2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 40/2020 z dnia 10 sierpnia 2020 r. (Polecenie 106/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 11 sierpnia 2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 43/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 r. (Polecenie Wojewody 113/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 13 sierpnia 2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 46/2020 z dnia 18 sierpnia 2020 r. (Polecenie Wojewody 116/2020), zmiany ze skutkiem od dnia 17 sierpnia 2020 r., decyzja Wojewody Małopolskiego nr 52/2020 z dnia 3 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 128/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 3 września 2020 r. oraz decyzje Wojewody Małopolskiego nr 62/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 138/2020) i 63/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie Wojewody 139/2020) zmiany ze skutkiem od dnia 14 września 2020, Decyzja 61/2020 (Polecenie 137/2020) wydanych na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374, 567, 568, 695 i 875), skierowanych do Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.
14. Usunięcie z wykazu z ograniczoną odpowiedzialnością Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie w kategorii „punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2”, z mocą od 20.07.2020 r.
15. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 roku nr 24/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 18/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 31 marca 2020 r. znak: WNII.0121.10.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomości położoną w Krakowie przy ul. Westerplatte 15 (Hotel Wyspiański) kierowanego do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie) oraz decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 roku nr 25/2020 co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 6.07.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 6.07.2020 r. Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego 25/2020 (Polecenie 81/2020) z dniem 6 lipca 2020 r. zmianie uległa lokalizacja Izolatorium kierowanego przez Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie z ul. Westerplatte 15, 33-332 Kraków na ul. Świętej Gertrudy 26, 31-048 Kraków.
16. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 28 lipca 2020 roku nr 36/2020 (wydaną w przedmiocie uchylecia polecenia nr 25/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 r. znak: WNII.0121.55.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomości położoną w Krakowie przy ul. Św. Gertrudy 26, 31-048 Kraków (Hotel Royal) kierowanego do Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie) co skutkuje zaprzestaniem funkcjonowania ww. izolatorium od 31.07.2020 r., dokonano wykreślenia z Wykazu COVID tej pozycji (tego izolatorium) z mocą od 31.07.2020 r. Zgodnie z decyzją Wojewody Małopolskiego 34/2020 (Polecenie 98/2020) z dniem 27 lipca 2020 r., z dniem 28 lipca 2020 r. utworzono Izolatorium kierowane przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie, zlokalizowane w WM Hotel System Sp. z o.o. al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków.
17. Zwiększenie liczby zespołów transportu sanitarnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 1 do 2), w kategorii „transport sanitarny”, z mocą od 01.08.2020 r.
18. Zwiększenie liczby zespołów transportu sanitarnego Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego wykazanych w ww. wykazie (z 1 do 2), w kategorii „transport sanitarny”, z mocą od 10.08.2020 r.
19. Dodanie kategorii działalności "Punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2" w podmiocie Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. od dnia 14.09.2020 r.
20. Dodanie kategorii działalności "Punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2" w podmiocie Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie od dnia 15.09.2020 r.
21. Usunięcie z wykazu podmiotu Stomatologia Piaseczno sp. z o.o. sp. k. w ramach kategorii działalności realizowanej w Dentobusie - świadczenia stomatologiczne doraźne dla pacjentów u których potwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 zlokalizowanego przy ul. M. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków - z dniem 15 września 2020 r.

\* 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)**

**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**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą</b>                                                                                | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b>                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                | <b>świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń</b> |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT     | <b>X</b>                                                              |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | <b>X</b>                                                              |