DZIENNIK URZĘDOWY
WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

Kraków, dnia 10 listopada 2020 r.

Poz. 6958

Elektronicznie podpisany przez:
Artur Słowik; MUW
Data: 2020-11-10 15:27:53

OBWIESZCZENIE
WOJEWODY MAŁOPOLSKIEGO

z dnia 10 listopada 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. Wojewody Małopolskiego
I Wicewojewoda Małopolski

Zbigniew Starzec

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE**									**Poziom II i III - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020** **Poziom IV od 9 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-501, ul. Mikołaja Kopernika 36									
telefon/ telefony:	+48 12 424 70 00, +48 12 424 70 01									
identyfikator REGON	000288685									
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:	**SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - wskazane miejsca udzielania świadczeń zgodnie z Decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 2 czerwca 2020 roku, nr 12/2020 (Polecenie 63/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 15/2020 z dnia 12 czerwca 2020 r. (Polecenie 68/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 30/2020 z dnia 17 lipca 2020 r. (Polecenie 92/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 32/2020 z dnia 22 lipca 2020 r. (Polecenie 96/2020), oraz Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 35/2020 z dnia 27 lipca 2020 r. (Polecenie 99/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 38/2020 z dnia 30 lipca 2020 r. (Polecenie 104/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 39/2020 z dnia 7 sierpnia 2020 r. (Polecenie 105/2020), Decyzją Wojewody Małopolskiego nr 40/2020 z dnia 10 sierpnia 2020 r. (Polecenie 106/2020), Decyzja Wojewody Małopolskiego nr 43/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 r. (Polecenie 113/2020), Decyzja Wojewody Małopolskiego nr 46/2020 z dnia 13 sierpnia 2020 r. (Polecenie 116/2020), Decyzja Wojewody Małopolskiego nr 52/2020 z dnia 3 września 2020 r. (Polecenie 128/2020) oraz Decyzja Wojewody Małopolskiego nr 62/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie 138/2020) i Decyzja Wojewody Małopolskiego nr 63/2020 z dnia 14 września 2020 r. (Polecenie 139/2020), Decyzja 61/2020 (Polecenie 137/2020) - poz. 13 legendy pod tabelą**		**x**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2									
telefon/ telefony	+48 12 400 20 00, +48 12 400 20 12, +48 400 20 47									
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 Diagnostyki**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2						x			
telefon/ telefony	+48 12 400 36 99									
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:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-688, ul. M. Jakubowskiego 2							x		
telefon/ telefony	+48 12 400 17 50, +48 12 400 17 51, +48 12 400 17 52									
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:	**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	
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań 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	ul. Kopernika 50, 30-001, Kraków ul. Botaniczna 3, 31-034 Kraków									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. STEFANA ŻEROMSKIEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAKOWIE**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66									
telefon/ telefony:	+ 48 12 644 01 44, +48 12 622 94 65									
identyfikator REGON	000630161									
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	Kraków, 31-913, os. Na Skarpie 66									
telefon/ telefony	tel. + 48 12 622 94 03									
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 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									
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:	**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									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony:	+48 12 272 10 85, +48 12 273 03 55									
identyfikator REGON	000300570									
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:	**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									
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	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony	+48 12 273-02-50, +48 12 273-02-17, +48 12 273-02-12									
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 Chorób Zakaźnych**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślenice, 32 - 400, ul. Szpitalna 2									
telefon/ telefony	tel. +48 12 273 03 02, +48 12 273 03 03									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**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									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
telefon/ telefony:	+48 14 63 10 100,									
identyfikator REGON	000313408									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13							**x**		
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tarnów, 33-100, ul. Szpitalna 13		**x**							
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**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul Prądnicka 80, 31-202 Kraków						x			
telefon/ telefony	tel. + 48 514 602 932									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. +48 12 614 20 00									
Miejsce udzielania świadczeń 3		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Izolatorium prowadzone przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	**WM Hotel System Sp. z o.o**, al. 29 Listopada 189, 31-241 Kraków			x						
telefon/ telefony	tel. +48 519 837 734									
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:	**Oddział Chorób Infekcyjnych Dzieci i Hepatologii Dziecięcej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków		x							
telefon/ telefony:	+48 12 614 20 00, +48 12 614 23 23									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków		x							**poziom III - w okresie**

telefon/ telefony:	tel. +48 504 299 360 (lekarz dyżurny)									**od 15.09.2020 r.**
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU**									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 10									
telefon/ telefony:	+ 48 18 443 88 77									
identyfikator REGON	000306437									
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:	**Odddział Chorób Zakaźnych**		**x**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5									
telefon/ telefony	tel. + 48 18 44-32-123									
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	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5									
telefon/ telefony	+ 48 18 443-88-77 wew. 512, + 48 18 44-25-852									
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 Chorób Zakaźnych- punkt pobrań**								**S**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5									
telefon/ telefony	+ 48 18 44-32-123									

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:	**Oddział Psychiatryczny**		x							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Sącz, 33 - 300, ul. Młyńska 5									
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 Olkuszu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**									**poziom II - w okresie od 13.10.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 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	Olkusz, 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), + 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	Olkusz, 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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skalska 22, 32-340 Wolbrom								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 41 240 12 45 (pon.-pt. 15:00-17:00), + 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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Olkusz, 32-300, ul. 1000-lecia 13		X							
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** **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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13							x		
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Proszowice, 32-100, ul. Mikołaja Kopernika 13								S	
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**	
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	**ul. Mikołaja Kopernika 13, 32-100 Proszowice**		x							
telefon/ telefony:	+48 12 386 51 00, +48 12 386 51 05									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Św. Anny w Miechowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3									**poziom II - w okresie od 15.09.2020 r.**
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100,									
identyfikator REGON	000304384									
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	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3							x		
telefon/ telefony	+ 48 41 38 20 259									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 3, 32-200 Miechów								S	
telefon/ telefony	+48 41-38 20 299, + 48 532 455 187									
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:	**Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miechów, 32-200, ul. Szpitalna 3									
telefon/ telefony:	+48 41 38 20 100									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe**									
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									
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:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Sądeckie Pogotowie Ratunkowe (2 zespołył transportu sanitarnego)**	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Śniadeckich 15, 33-300 Nowy Sącz									
telefon/ telefony										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **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									
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:	**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										

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	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ									
telefon/ telefony	+48 18 263 32 00, + 48 18 263 32 03									
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 w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ									
telefon/ telefony	+48 18 263 31 26									
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:	**PODHALAŃSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JANA PAWŁA II W NOWYM TARGU**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ									
telefon/ telefony:	+48 18 263 30 01									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony:	+48 14 621 04 98									
identyfikator REGON	351555335									
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:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (2 zespoły transportu sanitarnego)**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kopernika 19, 31-501 Kraków	2								
telefon/ telefony										
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:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (1 zespół transportu sanitarnego)**	1								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony										
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:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony										
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:	**Małopolska Kolumna Transportu Sanitarnego w Tarnowie (4 zespoły wymazowe)**								M	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Chyszowska 10, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony										
Data dodania do wykazu	01.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**katalog realizowanych świadczeń**								
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									
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:	**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										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Powiatowy w Limanowej Imienia Miłosierdzia Bożego**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 4.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa									
telefon/ telefony:	+48 18 330 17 00									
identyfikator REGON	000304378									
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:	**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**	**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. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa							**x**		
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**	**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	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa								S	
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**	**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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa		x							
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									
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:	**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										
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**									
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									

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:	**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									
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:	**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										
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:	**SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Izba Przyjęć - Szpital Św. Rafała ul. Bochenka 12, 30-693 Kraków									**Poziom II od 30 października 2020 r.**
telefon/ telefony	+48 12 629 88 00									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**katalog realizowanych świadczeń**								
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 sanitanego 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 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									
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:	**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									

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:	**Poradnia lekarza POZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3				X					
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie SPZOZ**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-901, ul. Wrocławska 1-3		X							
telefon/ telefony	+48 12 63 08 301									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
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									
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:	**Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1		X							
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 291									
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 Analityki**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1						X			
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 603									

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:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1							X		
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 680; +48 12 64 68 274, 528; +48 12 64 68 800, 468									
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:	**Małopolskie Centrum Leczenia i Rehabilitacji Poparzeń oraz Chirurgii Plastycznej Oddział Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej (kod res. cz. VII 079)**		X							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-826 , os. Złotej Jesieni 1									
telefon/ telefony	tel. +48 12 64 68 291									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 658 20 11									
identyfikator REGON	351375886									
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 Dziecięcy w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265		X							
telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265							X		
telefon/ telefony	tel.+ 48 12 333 91 86, +48 12 658 13 84									
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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-663 , ul. Wielicka 265		X							**poziom III - w okresie od 15.09.2020 r.**

telefon/ telefony	tel. +48 12 658 20 11 wew. 1522 (Dyżurka lekarska) +48 12 658 20 11 wew. 1365 (Dyżurka pielęgniarska)									od 15.09.2020 r.
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**MG Lekarze Rodzinni Gruziel, Magdoń sp.p.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	30-612 Kraków, ul. Przykopy 13									
telefon/ telefony:	tel. +48 607 370 036									
identyfikator REGON	122685199									
Miejsce udzielania świadczeń 1		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	30-612 Kraków, ul. Przykopy 13				x					
telefon/ telefony										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 662 31 50									
identyfikator REGON	350995109									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. +48 12 637 42 05									

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:	**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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny im.J.Dietla w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
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									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Skarbowa 4, 31-121 Kraków							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 12 68 76 205									
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:	**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**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 04.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów								S	
telefon/ telefony	tel. +48 14 631 54 15									

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 Wojewódzki im.Św.Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Lwowska 178A, 33-100 Tarnów		x							
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**	**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. Strzelecka 2, 31-503 Kraków							**x**		
telefon/ telefony	tel. + 48 12 619 86 13 + 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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków		X							

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)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Strzelecka 2, 31-503 Kraków								**S**	
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**									**Poziom II - w okresie od 28.10.2020 r.**
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 12 620-82-61									
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 Szpital Psychiatryczny w Andrychowie**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów		x							
telefon/ telefony	tel. +48 33 875 24 46									
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:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jarosława Dąbrowskiego 19, 34-120 Andrychów		x							**Poziom III- w okresie od 28.10.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 33 875 24 46									
Data dodania do wykazu	28.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
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									**Poziom I - w okresie od 27.10.2020 r.**
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**	**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.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków							x		
telefon/ telefony	tel. +48 012 652 42 87, +48 12 262 48 14									
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:	**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		x							

telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47									
Data dodania do wykazu	27.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
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:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul.Józefa Babińskiego 29, 30-393 Kraków		x							**poziom III- w okresie od 27 października 2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 12 652 43 47									
Data dodania do wykazu	27.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
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** **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**	**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. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój							x		
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 od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel. +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**	
nazwa:	**Szpitalny Oddział Ratunkowy**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane							**x**		
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 160 15, +48 18 20 160 16									

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. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21 wew. 100 lub 291									
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:	**Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
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:	**Świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (porody)**		**X**							**Poziom III od 6 listopada 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej**		**X**							**Poziom III od 6 listopada 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 6		transport sanitarny **	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2	
nazwa:	**Świadczenia w zakresie kardiologii w tym leczenie ostrych zespołów wieńcowych (OZW)**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kamieniec 10, 34-500 Zakopane		X							Poziom III od 6 listopada 2020 r.
telefon/ telefony	tel. +48 18 20 120 21, +48 18 20 153 51									
Data dodania do wykazu	6 listopada 2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**									Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 30.09.2020
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim									Poziom II od 1 października 2020 r.
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42									
identyfikator REGON	000304409									
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	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim							x		
telefon/ telefony	tel. +48 +48 33 8448 402 +48 33 8448 387, +48 33 8448 329									
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:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu- punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim								S	
telefon/ telefony	tel. +48 798 909 160									

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:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wysokie Brzegi 4, 32-600 Oświęcim		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 33 842 37 42									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 04.10.2020** **Poziom II od 5 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice									
telefon/ telefony:	tel. +48 33 87 21 200, +48 33 87 21 280									
identyfikator REGON	000306466									
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 z Centralną Izbą Przyjęć**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 5, 34-100 Wadowice							x		
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 21 200 wew. 401,402,403									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karmelicka 7, 34-100 Wadowice								**S**	
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**	**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:	**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**	**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	Karmelicka 12, 34-100 Wadowice (Pawilon AB)								**S**	
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** **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**	**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. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka							**x**		
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**	**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 Diagnostyki Laboratoryjnej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka						**X**			
telefon/ telefony	tel. +48 33 87 23 276									

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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka								S	
telefon/ telefony	tel. +48 501 188 292									
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:	**Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 22, 34-200 Sucha Beskidzka		x							
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** **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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów							x		
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**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów						x			
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów								S	
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów		x							
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** **Poziom II od 9 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00									
identyfikator REGON	000304355									
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	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko							x		
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 165, +48 14 66 21 285, +48 14 66 21 166									

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	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko									
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 166									
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:	**Laboratorium mikrobiologii i immunodiagnostyki chorób zakaźnych**						x			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko									
telefon/ telefony	tel. +48 14 66 21 225 lub +48 14 66 21 330 lub +48 14 66 21 227									
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:	**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzesku**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 662 10 00									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ** **	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań 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** **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**	**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. Węgierska 21, 38-300 Gorlice							x		
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**	**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, punkt pobrań**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice								S	
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 53 504, +48 18 35 53 505									
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:	**Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-200									
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 Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice						x			
telefon/ telefony:	tel. +48 18 35 -53-327, +48 18 35 -53-328									
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Leczenie psychiatryczne dla dorosłych**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice		**X**							**Poziom III- w okresie od 26.10.2020 r.**
telefon/ telefony	tel. +48 18 35 -53-200									
Data dodania do wykazu	26.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.10.2020** **Poziom II od 9 października 2020 r.**
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									
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. Krakowska 31, 32-700 Bochnia							x		
telefon/ telefony	tel. +48 14 61 53 262, +48 14 61 53 302									
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 Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia								S	
telefon/ telefony	tel. +48 662 021 204									
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 w Bochni "Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400									
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:	**Oddział Położniczo – Ginekologiczny**		x							**Poziom III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Krakowska 31, 32-700 Bochnia									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 61 53 400									
Data dodania do wykazu	22.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 11.10.2020** **Poziom II od 12 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00									
identyfikator REGON	357207664									
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. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 12 25 78 280, +48 12 25 78 472									

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:	**Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków		x							
telefon/ telefony:	tel. +48 12 416 22 66, +48 12 633 01 00									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**CM UNIMED sp. z o.o**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7									
telefon/ telefony:	+48 12 415 81 12									
identyfikator REGON	357197049									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-131, ul.Młodej Polski 7				**x**					
telefon/ telefony	+48 12 415 81 12									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Karolina Werchowiecka- Pardygał i Tomasz Pardygał Spółka Jawna**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-698, ul. Rymanowska 7									
telefon/ telefony:	+48 12 399 49 60;									
identyfikator REGON	368801261									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 30-394, ul. Skotnicka 230A				**x**					

telefon/ telefony	+48 12 399 49 60;									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**STOMATOLOGIA EL-DENT**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żegocina, 32-731 , Żegocina 232									
telefon/ telefony:	+48 604 218 963									
identyfikator REGON	851807270									
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żegocina, 32-731 , Żegocina 232				**X**					
telefon/ telefony	+48 604 218 963									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój									**Poziom II - w okresie od 30 października 2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 18 26 77 001									
identyfikator REGON	120480323									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój							**X**		
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 85 735, +48 18 26 85 721, +48 18 26 85 771									
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:	**„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju" Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Słoneczna 3, 34-700 Rabka-Zdrój		**X**							
telefon/ telefony	tel. +48 18 26 77 001									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**NZOZ KRAK-MEDYK Sp. z o.o .**									
	Kraków, 31-455, ul Ułanów 29									
telefon/ telefony:	+48 508 299 646									
identyfikator REGON	357111728									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wrząsowice, 32-040, ul. Brzegi 99				**X**					
telefon/ telefony	+48 12 346 18 07									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Familia Medicina Spółka z o.o**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Iwanowice Włościańskie, 32-095, Iwanowice Włościańskie 159									
telefon/ telefony:	+48 696 290 621									
identyfikator REGON	123227990									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przybysławice, 32-046, Przybysławice 78				**X**					
telefon/ telefony	+48 604 503 149									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		kategoria realizowanych świadczeń								
nazwa:	**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej REMED Jarosław Zachara**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B									
telefon/ telefony:	+48 605 101 205									
identyfikator REGON	850509056									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Borzęcin, 32-825, Borzęcin 87B				**X**					
telefon/ telefony	14 684 60 09									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45	kategoria realizowanych świadczeń

nazwa:	**Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169									
telefon/ telefony:	+48 887 234 036									
identyfikator REGON	490529927									
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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łapsze Niżne, 34-422, ul. Długa 169				**X**					
telefon/ telefony	18 265 93 98									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	Włodzimierz Miniewicz MW-med									
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 *		**transport sanitarny ****	**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 okulistyczna									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-416, ul. Dobrego Pasterza 207A				**X**					
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 *		**transport sanitarny ****	**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 lekarza poz									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków, 31-559 , ul. Grzegórzecka 67C				**X**					
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 *		**transport sanitarny ****	**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 lekarza poz									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobczyce, 32-410, ul. Zarabie 35C				**X**					
telefon/ telefony	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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zarabie 35 c, 32-410 Dobczyce								**S**	
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. Życzkwskiego 16, 31-864 Kraków									
telefon/ telefony:	+ 48 799 399 361									
identyfikator REGON	356366975									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	

nazwa:	**Punkt mobilny Drive Thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Stanisława Lema 8, 31- 571 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
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. 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**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
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**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolbego 38, 34-730 Mszana Dolna									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
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	04.11.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt Pobrań**								S	
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	04.11.2020 r.									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt mobilny Drive Thru (Stadion Hutnika)**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ptaszyckiego 4, 31-979 Kraków									
telefon/ telefony	+ 48 799 399 361									
Data dodania do wykazu	04.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój									
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60									
identyfikator REGON	000288490-000-20									
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:	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój						**X**			
telefon/ telefony	+48 18 267 60 60 wew. 346 lub 357									
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:	**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i	ul. Prof. Jana Rudnika 3b, 34-700 Rabka Zdrój		x							
telefon/ telefony:	+48 18 267 60 60									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		**kategoria realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 65 35 101									
identyfikator REGON	120446616									
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów								**S**	
telefon/ telefony	tel.+ 48 575 546 730									
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzchosławice 39 b, 33-122 Wierzchosławice								**S**	
telefon/ telefony	tel.+ 48 533 329 535									
Data dodania do wykazu	20.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 1.11.2020** **Poziom II od 2 listopada 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec									
telefon/ telefony:	tel. +48 32 642 80 90									
identyfikator REGON	000294214									
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:	**Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. Edmunda Wojtyły**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Kolejowa 1a, 32-310 Jaroszowiec									
telefon/ telefony	tel. +48 32 642 80 90									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej**									**poziom I - w okresie od 15.09.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel: +48 18 20 016 26, +48 18 20 016 36, +48 18 20 150 45									
identyfikator REGON	000295171									
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:	**Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej**		x							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gładkie 1, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony	tel: +48 18 20 016 26, +48 18 20 016 36, +48 18 20 150 45									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjnemu w Zakopanem**									**Poziom I - w okresie od 15.09.2020 r. do 8.11.2020** **Poziom II od 9 listopada 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. 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-Rehabilitacyjnemu 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**	**4**								
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Legionów Polskich 2, 32-065 Krzeszowice								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	16.10.2020 r.									
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:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	19.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
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- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Westerplatte 27, 33-100 Tarnów									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	21.10.2020 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**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Władysława Sikorskiego 24, 32-050 Skawina (Parking Przy stadionie Miejskim)									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	al. Jana Pawła II 39, 31-864 Kraków (punkt zlokalizowany na terenie parku obok Muzeum Lotnictwa Polskiego, wjazd od ul. Markowskiego przed gmachem Muzeum w lewo ul. Gnysia, następnie w prawo do punktu)								S	
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	26.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Alberta Schweitzera 7, 30- 695 Kraków									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	28.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7		**transport sanitarny ****	**leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARS-CoV-2**	
nazwa:	**Punkt pobrań- Drive-thru**								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nadbrzeżna 36, 33-300 Nowy Sącz (za Halą Widowiskowo - Sportową)									
telefon/ telefony	tel. + 48 793 600 112									
Data dodania do wykazu	27.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Gyncentrum Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice									
telefon/ telefony:	tel. +48 32 359 09 32, +48 32 359 09 33									

identyfikator REGON	383762894									
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 GynCentrum Drive-thru KRAKÓW**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. W. E. Radzikowskiego, 31-342 Kraków								S	
telefon/ telefony	tel. +48 32 506 50 86									
Data dodania do wykazu	22.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków									**poziom II - w okresie od 21.10.2020 r.**
telefon/ telefony:	tel. +48 12 42 87 304									
identyfikator REGON	351194736									
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:	**Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. Prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Al. Modrzewiowa 22, 30-224 Kraków		x							
telefon/ telefony	tel. +48 12 42 87 304									
Data dodania do wykazu	21.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

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.: +48 730 112 999, +48 22 11 89 897									
identyfikator REGON	362189451									

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:	Mobilny zespół wymazowy- 3 zespoły								M	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Zakarczmie 32, 30-499 Kraków									
telefon/ telefony	tel.: +48 730 112 999									
Data dodania do wykazu	24.10.2020									
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:	Transport sanitarny - 2 zespoły	**2**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	1 zespół- ul. Przyjaźni 78a, 32-500 Balin 1 zespół- ul. Lotników 1, 34- 400 Nowy Targ									
telefon/ telefony	tel.: +48 730 112 999									
Data dodania do wykazu	09.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Pro4Med Sp. z o.o.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Gliwicka 35, 42-600 Tarnowskie Góry									
telefon/ telefony:	tel.: +48 32 700 70 70, + 48 32 320 61 90									
identyfikator REGON	241740492									
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 (Parking przy Kościele św. Barbary)								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ks. Stanisława Pieli 11, 32-590 Libiąż									
telefon/ telefony	tel.: +48 730 780 796									

Data dodania do wykazu	23.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Alfa sp.z.o.o. sp.k**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Reymonta 21, 33-380 Krynica Zdrój									
telefon/ telefony:	tel.: +48 696 635 726									
identyfikator REGON	120540456									
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									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nawojowska 29/1/U, 33-300 Nowy Sącz								**S**	
telefon/ telefony	tel.: +48 792 091 591									
Data dodania do wykazu	24.10.2020									
Data wykreślenia z wykazu										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Totus Tuus 34, 30-443 Kraków									
telefon/ telefony:	tel.: +48 723 118 118									
identyfikator REGON	356712070									
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:	Stowarzyszenie Malta Służba Medyczna (2 zespołył transportu sanitarnego)									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Aleksandry 1, 33-332 Kraków	**2**								
telefon/ telefony	tel.: +48 723 121 121									
Data dodania do wykazu	28.10.2020									

Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Centrum Medyczne "KOL- MED" samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów									
telefon/ telefony:	tel. +48 14 688 60 11									
identyfikator REGON	10649508									
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**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Plac Dworcowy 6, 33- 100 Tarnów (budynek B)								**S**	
telefon/ telefony	tel. +48 531 415 498									
Data dodania do wykazu	02.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem									**Poziom II - w okresie od 02.11.2020 r. do 05.11.2020r.** **Poziom I - w okresie od 06.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 202 68 10									
identyfikator REGON	000295449									
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:	Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ciągłówka 9, 34-500 Zakopane		**X**							
telefon/ telefony	tel.: +48 18 202 68 10									

Data dodania do wykazu	02.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowemu MSWiA w Krynicy-Zdroju im. bł. Karoliny Kózkówny**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica Zdrój									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 471 28 51, +48 18 471 28 53									
identyfikator REGON	490688502									
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:	**Izolatorium**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Nitribitta 4, 33-380 Krynica Zdrój			**X**						
telefon/ telefony	tel.: +48 18 471 28 51, +48 18 471 28 53									
Data dodania do wykazu	03.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Medikor III spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków									
telefon/ telefony:	tel.: +48 18 44 37 287									
identyfikator REGON	120575874									
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:	**Szpital Położniczo-Ginekologicznym MEDIKOR świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii**		X							**Poziom III - w okresie od 03.11.2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Rzemieślnicza 5, 33-300 Nowy Sącz									
telefon/ telefony	tel. +48 18 473 13 80									
Data dodania do wykazu	03.11.2020									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.**									**Poziom II od 30 października 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Trynitarska 11, 31-061 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. +48 12 379 71 00									
identyfikator REGON	121065900									
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:	**Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o. o.**		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trynitarska 11, 31-061 Kraków									
telefon/ telefony	tel. +48 12 379 71 00									
Data dodania do wykazu	30.10.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**Centrum Medyczne Ujastek spółka z o.o.**									**Poziom III od 2 listopada 2020 r.**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków									
telefon/ telefony:	tel. + 48 12 683 38 44									
identyfikator REGON	350887420									

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:	**Szpital Położniczo- Ginekologiczny "Ujastek"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ul. Ujastek 3, 31-752 Kraków		**X**							
telefon/ telefony	tel. + 48 12 683 38 44									
Data dodania do wykazu	02.11.2020 r.									
Data wykreślenia z wykazu										

1. W związku z decyzją Wojewody Małopolskiego z dnia 14 maja 2020 roku nr 4/2020 (wydaną w przedmiocie uchylenia 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 uchylenia 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 Uzdrowiskowego 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 uchylenia 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 uchylenia polecenia nr 33/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 10 kwietnia 2020 r. znak: 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 uchylenia polecenia nr 24/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 4 kwietnia 2020 r. znak: znak: znak: WN-IV.0121.12.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o zabudowaną nieruchomość położoną w Krakowie przy ul. Stanisława Klimeckiego 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. SZCZEKLIKA 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 uchylenia polecenia nr 18/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 31 marca 2020 r. znak: WNII.0121.10.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomość 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 uchylenia polecenia nr 25/2020 Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2020 r. znak: WNII.0121.55.2020, w sprawie utworzenia izolatorium w oparciu o nieruchomość 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.

22. Usunięcie z wykazu Wojewódzkiego Szpitala Okulistycznego w Krakowie, os. Na Wzgórzach 17B w związku z uchyleniem Decyzji nr 189/2020 (Polecenie nr 265) Wojewody Małopolskiego z dnia 28 października 2020 r. 31-723 Kraków.

* 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

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

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 *	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą	**rodzaj realizowanych świadczeń**
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	**X**
* obowiązuje od dnia 10 października 2020 r., w zwiazku z wejeściem Zarządzenia 159/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	

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

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

*obowiązuje od dnia 5 listopada 2020 r., w zwiazku z wejeściem Zarządzenia 173/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19