



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

---

Rzeszów, dnia 8 lutego 2021 r.

Poz. 521

### **OBWIESZCZENIE**

#### **WOJEWODY PODKARPACKIEGO**

z dnia 8 lutego 2021 r.

**o ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

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 z późn. zm.) obwieszcza się wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

**WOJEWODA PODKARPACKI**

**Ewa Leniart**

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 obowiązujący od 08.02.2021 r.**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy           |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 03 621                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 851643503                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital                                     |  | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I, II i III                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 14 67 03 621                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Centrum Opieki Medycznej                    |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000304496                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centrum Opieki Medycznej Leczenie Szpitalne | 1  | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I, II i III                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 13 388                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Jasle             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 13 44 37 503                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 370444486                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centrum Szpitalne Jasło                     |  | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I i II                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 544, 13 44 37 529                  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| nazwa:  |  | Centrum Medyczne w Łańcutcie<br>Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                             |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 17 22 40 100  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 180405906   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szpitalna Opieka Stacjonarna  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                             |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 17 224 01 00  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |   | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | II/IV                            |
| nazwa:  |  | Pozaszpitalna Opieka Stacjonarna  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                             |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 17 224 01 80  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  |   | X  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              | II                               |
| nazwa:  |  | Zespół Transportu Sanitarnego   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                             |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 17 224 01 80  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  | 2   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |  | kategoria realizowanych świadczeń                         |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  |  | Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 17 78 00 100  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 000308637   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szpital   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 17 78 00 100  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |   | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I i II                           |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |  | kategoria realizowanych świadczeń               |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 16 67 75 000                                    |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 000314684                                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Lecznictwo Stacjonarne i Całodobowe - Szpital   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 37-700 Przemyśl, ul. ul. Monte Cassino 18       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|   |  |   | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I, II i III                      |







| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Punkt pobrań materiałów do badań                    |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53             |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S, M-2       | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Punkt pobrań  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Kwiatkowskiego 1                 |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 517 300 828   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Punkt pobrań  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 1                      |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 517 194 743   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Izolatorium - Pałac Ostoya                          |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-002 Jasionka 1D                                  |                        |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 517 306 368   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Punkt pobrań  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Partyzantów 21                   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 17 788 92 26, 517 194 743                           |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Punkt pobrań  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-065 Dynów, ul. Zamkowa (parking przy dworcu PKS) |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 517 194 743   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Punkt pobrań  |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-002 Jasionka 954F                                |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 509 890 627   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Transport sanitarny                                 |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 1             | 1                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 178 592 221   |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
|--|--|--|



















| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital Ogólny                             |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57 |                        | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 13 461 10 28; 13 47 69 128                 |                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|----------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Fundacja Medi3             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 667 224 896                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 381526310                  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Fundacja Medi3             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 667 224 896                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 17 277 79 17                     |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 690176954                        |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                  | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| telefon/ telefony                                 | 17 277 79 17                     |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 16 671 40 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 650902251   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |



|   |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |
|---|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----|
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |  |  |  |  | X |  |  |  |  |  | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 16 671 40 10  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|----|
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grotgiera 4                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
| telefon/ telefony:                                | 604 578 811  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
| identyfikator REGON                               | 180256346  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |    |
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grotgiera 4                      |                                   |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |  |  | nd |
| telefon/ telefony                                 | 604 578 811  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|-----|
| nazwa:  | Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. Tadeusza Kościuszki 18  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 14 611   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
| identyfikator REGON                               | 000296638  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |     |
| nazwa:  | Szpital  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. Tadeusza Kościuszki 18  |                                   | X  |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |                                  |  |  | III |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 14 611   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|--|
| nazwa:  | Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. Prof. Eugeniusza Brzeźickiego w Żurawicy |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-710 Żurawica, ul. Różana 9  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 67 23 003   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000667655  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |  |





| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Uzdrowisko Rymanów Spółka Akcyjna           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-481 Rymanów-Zdrój, ul. Zdrojowa 48       |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 57 401                                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000872059                                   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital i Sanatorium Uzdrowskowie "Zimowit" |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-481 Rymanów-Zdrój, ul. Leśna 4           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 57 231                                | 1                                 | X  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              | II                               |

\* 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 cz. III - 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   | kategoria 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 |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO     | X |

**Wykaz cz. IV - 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  |

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

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

**Wykaz cz. VI - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna**

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

**Wykaz cz. VIII - Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą   | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń                        |
|--|--|
|  | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielenie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia                                       | X  |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | X  |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 1        |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|--|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 91   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                   | 146703621  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                  | 851643503  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital  | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dębica/ 39-200/ Krakowska 91   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                    | 146703621  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa Nr 1  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dębica/ 39-200/ ul. Cmentarna 54   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                    | 146827801  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa Nr 5  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dębica/ 39-200/ ul. Szkolna 4  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                    | 146827813  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia Medycyny Pracy  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 91   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                    | 146808228  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 2</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | "CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łańcut/ 37-100/ ul. Ignacego Paderewskiego 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                   | 172240100  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                  | 180405906  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpitalna Opieka Stacjonarna   | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łańcut/ 37-100/ Paderewskiego 5  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                    | 172240183  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łańcut/ 37-100/ ul. Paderewskiego 5  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                    | 172240183  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 3</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYSŁU  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Przemysł/ 37-700/ ul. Monte Cassino 18   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                   | 16 67 75 000   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                  | 000314684  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Lecznictwo Stacjonarne i Całodobowe - Szpital  | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Przemysł/ 37-700/ ul. Monte Cassino 18 6   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                    | 16 67 75 000   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYSŁU  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Przemysł/ 37-700/ ul. Sportowa 6   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                    | 166751136  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 4</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sanok/ 38-500/ ul. 800-lecia 26  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                   | 13 46 56 100   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                  | 370444345  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital SPZOZ w Sanoku   | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sanok/ 38-500/ ul. 800-lecia 26  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                    | 13 46 56 100   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 5</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W RZESZOWIE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                   | 17 85 32 770   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                  | 690028840  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie  | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Rzeszów/ 35-111/ Krakowska 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                    | 178643312  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |                         |                             |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |  |                         |                             |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16                                      |                         | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 178643312  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL TYMCZASOWY-COVID   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-111/ ul. Krakowska 16                                      |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 733337691  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 6</b>  |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 70  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 16 62 15 421   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000304496  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Opieki Medycznej Leczenie Szpitalne                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 70  | <b>W</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                     | 722212921  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jarosław/ 37-500/ ul. Kraszewskiego 17                                 |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 722212921  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 7</b>  |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Jaśle  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jaśło/ 38-200/ ul. Lwowska 22  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 13 44 37 503   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370444486  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Szpitalne Jaśło  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jaśło/ 38-200/ ul. Lwowska 22  | <b>W</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                     | 13 44 37 544, 13 44 37 529   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnie Specjalistyczne Szpital Jaśło                                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jaśło/ 38-200/ ul. Fryderyka Chopina 38                                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 134437568  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 8</b>  |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 22                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 177800100  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000308637  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ Żeromskiego 22   | <b>W</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                     | 177800100  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Szpital Mielec   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 22                                     |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 177800122  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 9</b>  |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM. ŚW. JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 178664000  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690697529  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Świadczeń Szpitalnych (Szpital Ogólny)                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  | <b>W</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                     | 178664701  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna dla Dorosłych                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-301/ ul. Lwowska 60  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 178664701  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 10</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1 W RZESZOWIE        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-051/ ul. Tadeusza Czackiego 2                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 85 32 560   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000314193  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Miejski im. Jana Pawła II                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-241/ Rycerska 4  | <b>W</b>                |                             |
| telefon/ telefony                                     | 17 861 14 51   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |



## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia POZ Nr 5  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-016/ ul. Klementyny Hoffmanowej 8a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 178535973   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 11</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ ul. Korczyńska 57   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 78 000  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000308620   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57   | <b>W</b>                       |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 13 43 78 000  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134378535   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Chorób Zakaźnych   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ Korczyńska 57   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134378661   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 12</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszica 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158425351   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000312567   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ Staszica 4  | <b>W</b>                       |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 15 84 33 205  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ POWIATOWY SZPITAL SPECJALISTYCZNY W STALOWEJ WOLI |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszica 4  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 158433277   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 13</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lubaczów/ 37-600/ ul. Adama Mickiewicza 168   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 16 63 28 100  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000306667   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPZOZ Szpital Powiatowy im. Dr. Ludwika Rudygiera   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lubaczów/ 37-600/ Adama Mickiewicza 168   | <b>W</b>                       |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 16 63 28 100  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBACZOWIE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lubaczów/ 37-600/ ul. Adama Mickiewicza 168   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 576662038   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 14</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLBUSZOWEJ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Grunwaldzka 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 172271222   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000304504   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Grunwaldzka 4   | <b>W</b>                       |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 172271222   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 1 i Specjalistyczna w Kolbuszowej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kolbuszowa/ 36-100/ ul. Obrońców Pokoju 74 A  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 175819967   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GABINET ZABIEGOWY   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | NIWISKA/ 36-147/ NIWISKA 431  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 172279004   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GABINET ZABIEGOWY   |                                |                                    |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |  |                         |                             |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | CMOLAS/ 36-105/ CMOLAS 238B  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 172837720  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | GABINET ZABIEGOWY  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | RANIŻÓW/ 36-130/ ul. WOLSKA 3  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                     | 172285006  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 15</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 16 64 91 500   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000304510  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU- LECZNICTWO STACJONARNE                            | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166491588  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Przeworsk/ 37-200/ ul. Szpitalna 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166491588  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEWORSKU  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | ZARZECZE/ 37-205/ ul. Świętego Jana Pawła II 16  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166401521  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 16</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NOWE TECHNIKI MEDYCZNE SZPITAL SPECJALISTYCZNY IMIENIA ŚWIĘTEJ RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | RUDNA MAŁA/ 36-060/ RUDNA MAŁA 600   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 86 66 700   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 180022507  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny imienia Świętej Rodziny Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | RUDNA MAŁA/ 36-060/ RUDNA MAŁA 600   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 17 86 66 700   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 17</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 6B  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 77 35 703   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 180357490  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa                 | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 6B  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 17 77 35 703   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 18</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BRZOSZOWIE PODKARPACI OŚRODEK ONKOLOGICZNY IM.KS.B.MARKIEWICZA                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzozów/ 36-200/ ul. ks. Józefa Bielawskiego 18  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 134309552  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000304473  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital  | <b>W</b>                |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 18   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 134309552  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie  |                         | <b>1</b>                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 18   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 134309552  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 19</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LEŻAJSKU  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Leżajsk/ 37-300/ ul. Leśna 22  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 24 04 900   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000306650  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Szpital p.w. Matki Bożej Pocieszenia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Leżajsk/ 37-300/ Leśna 22   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 24 04 900  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia specjalistyczna   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Leżajsk/ 37-300/ ul. Leśna 22   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 172404764   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 20</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NISKU                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nisko/ 37-400/ ul. Tadeusza Kościuszki 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158412003   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000306680   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Powiatowy im. PCK   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nisko/ 37-400/ Kościuszki 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 15 841 67 03  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku                                     |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nisko/ 37-400/ ul. Kościuszki 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 15 841 67 03  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 21</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ROPCZYCACH   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ropczyce/ 39-100/ ul. Księdza Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54                                     |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 172218312   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690692118   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Powiatowy w Sędziszowie Młp.  | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sędziszów Młp./ 39-120/ Wyspiańskiego 14  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 22 20 092  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ropczyce/ 39-100/ ul. ks. kard. St. Wyszyńskiego 54   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 517365564   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sędziszów Młp./ 39-120/ ul. 3-go Maja 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 500564370   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza poz  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Iwierzyce/ 39-124/ Iwierzyce 81   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 517365634   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 22</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWEJ DĘBIE                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158462651   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000563298   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Powiatowy w Nowej Dębce   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowa Dęba/ 39-460/ MC Skłodowskiej 1A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158462651   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWEJ DĘBIE                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowa Dęba/ 39-460/ ul. MC Skłodowskiej 1A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158462651   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 23</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lesko/ 38-600/ ul. Kazimierza Wielkiego 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 46 98 071  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370445072   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Powiatowy w Lesku   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lesko/ 38-600/ Kochanowskiego 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 13 46 08 220  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lesko/ 38-600/ ul. Kochanowskiego 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 508536870   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Poradnia POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Cisna/ 38-607/ 23  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134686312  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 24</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 1 IM.FRYDERYKA CHOPINA W RZESZOWIE                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 46 98 071   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690724114  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Ogólny   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 13 86 66 001   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 25</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Strzyżów/ 38-100/ ul. Dąbrowskiego 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 27 61 201   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370482512  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Powiatowy w Strzyżowie   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Strzyżów/ 38-100/ ul. 700-lecia Strzyżowa 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 27 61 107   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia pielęgniarki POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 504 133 821  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 26</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANATORIUM" IM.JANA PAWŁA II W GÓRNIĘ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Górno/ 36-051/ ul. Rzeszowska 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 77 15 300   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000291747  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zakład Leczniczy Lecznictwa Szpitalnego  | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Górno/ 36-051/ Rzeszowska 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 771 53 00   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Górno/ 36-051/ ul. Rzeszowska 5  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 177715308  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 27</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM.ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBURZEGU                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Szpitalna 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158123001  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000312573  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tarnobrzeg/ 39-400/ Szpitalna 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 15 81 23 001   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM.ZOFII Z ZAMOYSKICH TARNOWSKIEJ W TARNOBURZEGU                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Szpitalna 1  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 158123375  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 28</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 57  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 461 10 28; 13 476 91 28   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370444598  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Ogólny   | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ 29 Listopada 57  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 13 461 10 258, 13 47 69 128  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPZOZ w Ustrzykach Dolnych   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 57  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134769128  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 29</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |   |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | American Heart of Poland Spółka Akcyjna   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ustroń/ 43-450/ ul. Sanatoryjna 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 32 76 04 600  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 072347621   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Rzeszowskie Centrum Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej PAKS IX               | <b>W</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-010/ Jałowego 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 780 81 00  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 30</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SANUS SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158421418   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 181076267   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SANUS Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. - Leczenie Szpitalne                     | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 15 842 14 18  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Wojska Polskiego 5                                      |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 158431417   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 31</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Uzdrowisko Rymanów Spółka Akcyjna   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 48  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 57 401  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 000872059   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Uzdrowskowa   | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 53  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 13 43 57 403  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Uzdrowskowa   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Zdrojowa 53  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 609091049   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 32</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ASKLEPIOS B.P. SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-309/ ul. Podwisłocze 22A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 850 37 10  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690575743   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Asklepios B.P.                              | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-309/ Podwisłocze 22A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 178503710   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital wielospecjalistyczny  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-309/ ul. Podwisłocze 22A  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 178503710   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 33</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-055/ ul. Fryderyka Szopena 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 178508005   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 363621086   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Centrum Medycznego MEDYK  | <b>P</b>                       |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-326/ ul. Tadeusza Rejtana 53  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 17 865 20 00  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | OSP   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wielkie Oczy/ 37-627/ ul. LEŚNA 2   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 517194743   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Dom Ludowy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | OLSZANICA / 38-722/ OLSZANICA 20  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 517194743   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WIEJSKI DOM LUDOWY  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | UHERCE MINERALNE/ 38-623/ UHERCE MINERALNE 154                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 517194743   |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Miejsce udzielania świadczeń                      | szczerzenie personelu *                            | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  |                             |
| nazwa:  | DOM KULTURY W DĘBINIE                              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBINA/ 37-100/ DĘBINA 122b                        |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  |                             |
| nazwa:  | OSP Trześń   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Trześń/ 36-147/ Trześń 34                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  |                             |
| nazwa:  | DOM KULTURY LISIE JAMY                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lisie Jamy/ 37-600/ ul. WSPÓLNA 126                |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |  |                             |
| nazwa:  | CM MEDYK PUNKT POBRĄŃ W KAŃCZUDZE                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŃCZUGA/ 37-220/ ul. WĘGIERSKA 2                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |  |                             |
| nazwa:  | GMINNY DOM KULTURY W DYDNI                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYDNIA/ 36-204/ DYDNIA 84                          |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |  |                             |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK KULTURY                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASICZYN/ 37-741/ KRASICZYN 180                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |  |                             |
| nazwa:  | BYŁY KOMISARIAT POLICJI                            |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERMIN/ 39-304/ CZERMIN 41                        |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |  |                             |
| nazwa:  | WYKRĘŚLENIE MIEJSCA 25.01.2021                     |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  |                             |
| telefon/ telefony                                 |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |  |                             |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK KULTURY                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BALIGRÓD/ 38-606/ PLAC WOLNOŚCI 11                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |  |                             |
| nazwa:  | GMINNY DOM KULTURY                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZARNA GÓRNA/ 38-710/ ul. CZARNA 113               |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |  |                             |
| nazwa:  | CENTRUM KULTURY                                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKOWA/ 37-120/ MARKOWA 1491                      |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Świetlica wiejska                                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czelatyce/ 37-562/ Czelatyce 5                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |  |                             |
| nazwa:  | DOM KULTURY MOKRA                                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKRA/ 37-565/ MOKRA 100                           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |  |                             |
| nazwa:  | CENTRUM EDUKACJI EKOLOGICZNEJ                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIESZANÓW/ 37-611/ ul. SOBIESKIEGO 8               |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>            |  |                             |
| nazwa:  | ŚWIETLICA WIEJSKA                                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DUŃKOWICE/ 37-551/ DUŃKOWICE 122                   |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>            |  |                             |
| nazwa:  | ŚWIETLICA WIEJSKA                                  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKOŁOZÓW/ 37-550/ ul. STRAŻACKA 7                  |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>            |  |                             |
| nazwa:  | DOM KULTURY W TYRAWIE WOŁOSKIEJ                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYRAWA WOŁOSKA/ 38-535/ TYRAWA WOŁOSKA 191         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>            |  |                             |
| nazwa:  | budynek OSP  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STANISZEWSKIE / 36-130/ STANISZEWSKIE 96           |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>            |  |                             |
| nazwa:  | ZESPÓŁ SZKÓŁ TEKSTYLNÓ GOSPODARCZYCH HALA SPORTOWA |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RAKSZAWA/ 37-111/ RAKSZAWA 325                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</b>            |  |                             |
| nazwa:  | DOM LUDOWY   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIŻATYCE/ 37-220/ NIŻATYCE 122                     |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  | <b>1</b>                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Miejsce udzielania świadczeń                      | szczenie personelu *                             | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-----------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 25</b>            |  |                             |
| nazwa:  | BYŁY BUDYNEK ZESPOŁU SZKÓŁ W IWIERZYCACH         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IWIERZYCE/ 39-124/ IWIERZYCE 188                 | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 26</b>            |  |                             |
| nazwa:  | DWÓR   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZYWCZA/ 37-754/ KRZYWCZA 104                   | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 27</b>            |  |                             |
| nazwa:  | OSP  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wapowce/ 37-700/ Wapowce 5a                      | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 28</b>            |  |                             |
| nazwa:  | ŚWIETLICA W ROŻUBOWICACH                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŻUBOWICE/ 37-793/ ROŻUBOWICE 90                | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 29</b>            |  |                             |
| nazwa:  | OSP REMIZA STRAŻACKA                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UJKOWICE/ 37-714/ UJKOWICE 146D                  | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 30</b>            |  |                             |
| nazwa:  | GMINNE CENTRUM INFORMACYJNE                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUŃKOWCE/ 37-700/ KUŃKOWCE 135                   | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 31</b>            |  |                             |
| nazwa:  | OSP  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hermanowice/ 37-733/ Hermanowice 34              | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 32</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-959/ ul. Lisa-Kuli 9d                | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178539941  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 33</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Centrum Medyczne MEDYK                           |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-055/ ul. Szopena 1                   | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178509340  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 34</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Boguchwała/ 36-040/ ul. Przemysłowa 2c           | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178526941  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 35</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Stacja Dializ z Przychodnią Lekarzy Specjalistów |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ ul. Przytorze 8b                | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178536669  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 36</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych                   |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-604/ ul. Łukasiewicza 88             | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178575744  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 37</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Partyzantów 21               | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 177889226  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 38</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-505/ ul. Leska 2                     | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 505583988  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 39</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia                                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-036/ ul. Dąbrowskiego 33a            | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178532286  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 40</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                             |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-326/ al. Powstańców Warszawy 28      | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178581992  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 41</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne              |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-326/ ul. Tadeusza Rejtana 53         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00                                     |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 42</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-082/ ul. Architektów 11              | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 17 850 80 05                                     |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 43</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Piekarska 2b   | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178509340  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 44</b>            |  |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                             |                             |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |   |                         |                             |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-509/ ul. Obronców Poczty Gdańskiej 14 |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178652095   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 45</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Pracy i Lekarzy Rodzinnych   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 954F                   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 92                                      |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 46</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna                              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łączki Kucharskie/ 39-106/ Łączki Kucharskie 248  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 509890716   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 47</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-317/ ul. Budziwojska 327              |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178652578   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 48</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Besko/ 38-524/ ul. Podkarpacka 2                  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 49</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CM MEDYK  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasło/ 38-200/ ul. Baczyńskiego 20A               |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 50</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Kultury Miasta i Gminy Kańczuga           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kańczuga/ 37-220/ ul. Parkowa 1A                  |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 51</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-025/ ul. Siemiradzkiego 4             |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178536669   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 52</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Akademicka                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-025/ ul. Podkarpacka 1                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 178652106   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 53</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia POZ                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dębica/ 39-200/ ul. Kwiatkowskiego 1              |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 509890238   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 54</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łańcut/ 37-100/ ul. 3-go Maja 2                   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 55</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lesko/ 36-600/ ul. Plac Konstytucji 5m.9          |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 56</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanok/ 38-500/ ul. Kółtąja 5                      |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 57</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanok/ 38-500/ ul. Przemyska 24                   |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 58</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzyżów / 38-100/ ul. 700-lecia 1                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 59</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzyżów / 38-100/ ul. Przeclawczyka 20           |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 60</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Pobrań                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 27                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 508795751   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 61</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Lubomirskich 1E            |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 62</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminne Centrum Kultury                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązownica/ 37-522/ Warszawska 15/1               |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 63</b>            |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Dom Kultury                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szówsko/ 37-522/ Sportowa 5                       |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 517194743   |                         |                             |



## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Miejsce udzielania świadczeń 64                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Dom Kultury                                      |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zapałów/ 37-522/ 134                             |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 517194743  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 34    |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W RZESZOWIE        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-005/ ul. Aleksandra Fredry 9         |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 35 466                                     |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 690685006  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ambulatorium przy ZOZ nr 2 w Rzeszowie           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZESZÓW/ 35-005/ FREDRY 9                        | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 17 853 54 66                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Zakład Opieki Długoterminowej i Paliacji         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bżałowa/ 36-030/ ul. Maes. Józefa Piłsudskiego 6 | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172297025  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Dynowie             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dynów/ 36-065/ ul. Ks. Józefa Ożga 32            | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 166522574  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Hyżnem              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Hyżne/ 36-024/ Hyżne 104                         | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                 | 17 230 50 30                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 1                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZESZÓW/ 35-005/ ul. FREDRY 9                    |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178613623  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Malawa                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MALAWA/ 36-007/ MALAWA 200                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178554130  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Łąka                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄKA/ 36-004/ ŁĄKA 224B                          |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 177721265  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Zaczernie                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZACZERNIE/ 36-062/ ZACZERNIE 662                 |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178552213  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Borek Stary              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOREK STARY/ 36-020/ BOREK STARY 84C             |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 172298102  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 10                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Bratkowice               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRATKOWICE/ 36-055/ BRATKOWICE 394A              |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178551005  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 11                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Wysoka Głogowska         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKA GŁOGOWSKA/ 36-061/ WYSOKA GŁOGOWSKA 327   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178516308  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 12                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia Dylągówka                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYLAGÓWKA/ 36-025/ DYLAGÓWKA 281                 |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 172295379  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 13                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia ogólna                                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HARTA/ 36-067/ HARTA 225/4                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 166521458  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 14                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE/ 36-007/ KRASNE 944                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178555210  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 15                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Dynów                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DYNÓW/ 36-065/ ul. ks. Józefa Ożga 32            |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 166521035  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 16                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Głogów Małopolski           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓW MAŁOPOLSKI/ 36-060/ ul. Fabryczna 17      |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 178517323  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 17                   |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Tyczyn                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TYCZYN/ 36-020/ ul. Rynek 10                     |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 172219999  |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Miejsce udzielania świadczeń                          |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>                |   |                         |                             |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Sokółów                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | SOKOŁÓW MAŁOPOLSKI/ 36-050/ ul. Tysiąclecia 4         |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 177729017   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Chmielnik                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | CHMIELNIK/ 36-016/ CHMIELNIK 50 A                     |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 172296619   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Hyżne                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | HYŻNE/ 36-024/ HYŻNE 104                              |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 172295078   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Lubenia                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | LUBENIA/ 36-042/ LUBENIA 374                          |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 178710010   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Błażowa                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | BŁAŻOWA/ 36-030/ ul. ARMII KRAJOWEJ 5                 |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 172297016   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Świlcza                        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | ŚWILCZA/ 36-072/ ŚWILCZA 142                          |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 178560793   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24</b>                |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Boguchwała                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | BOGUCHWAŁA/ 36-040/ ul. STANISŁAWA ŻYTKIEWICZA 2      |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 178714444   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 35</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI ZESPÓŁ SPECJALISTYCZNY W RZESZOWIE         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-310/ ul. Warzywna 3                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 178669606   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690561132   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia przy ulicy Warzywniej 3 w Rzeszowie       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-310/ Warzywna 3                           | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                     | 17 85 94 444  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna                           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-310/ ul. Warzywna 3                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 178669606   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 36</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | GPJ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sokołów Mfp./ 35-050/ Turza 242                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 77 12 871  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 691749613   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEŚNIOŹKA"     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sokołów Mfp./ 36-050/ Turza 242                       | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                     | 17 77 12 871  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 37</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY                           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Przemysł/ 37-700/ ul. Gen. Jakuba Jasińskiego 15      |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 16 678 30 38  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000292681   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Opieka Długoterminowa      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Przemysł/ 37-700/ ul. Gen. Jakuba Jasińskiego 15      | P                       |                             |
| telefon/ telefony                                     | 16 678 30 38  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 38</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ        |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 2 |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 158421017   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000313472   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | punkt szczepień                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Kwiatkowskiego 2            |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 158135455   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 39</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY W RZESZOWIE         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-078/ ul. Hetmańska 120                    |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 854 60 28  |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                   | 690697009  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-078/ ul. Hetmańska 120   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 178546796  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 40</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOMAŃCZY                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Komańcza/ 38-543/ 161  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 46 77 006   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370517305  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOMAŃCZY                                    |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzepedź/ 38-543/ osiedle A 19  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 601152703  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 41</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PODKARPACKIE CENTRUM MEDYCZNE W RZESZOWIE SP ZOZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-201/ pl. Dworcowy 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 85 28 950   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 010647679  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-201/ Plac Dworcowy 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 178528950  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 42</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zagórz/ 38-540/ ul. Piłsudskiego 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 46 22 341   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370478657  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Zagórz                                      |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zagórz/ 38-540/ ul. Piłsudskiego 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134622020  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 43</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-922/ ul. gen. Mariana Langiewicza 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 85 28 757   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690580299  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzeszów/ 35-922/ ul. Langiewicza 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 261155909  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 44</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bojanowie   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 87 08 309   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830194697  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Bojanów/ 37-433/ ul. Parkowa 6   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158708309  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 45</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Brzyskach   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzyska/ 38-212/ 349   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 44 60 110   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370444457  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Brzyskach  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzyska/ 38-212/ Brzyska 349   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134460110  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 46        |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | GINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOWIE                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Grębów/ 39-410/ ul. Spacerowa 11   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 811 27 29   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830359543  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBOWIE                              |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Grębów/ 39-410/ ul. Spacerowa 11   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158112729  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 47</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminna Przychodnia Lekarska w Iwoniczu-Zdroju |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Iwonicz-Zdrój/ 38-440/ ul. ks. Jana Rąba 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 50 532   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370449696  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Iwonicz-Zdrój/ 38-440/ ul. Zagrodniki 20a  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 605744112  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 48</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLICZU                             |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jedlicze/ 38-460/ ul. Romualda Traugutta 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 80 918   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370441890  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Lekarski   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | POTOK/ 38-404/ POTOK 80  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134360606  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 49</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁACZYCACH                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Adama Mickiewicza 90  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 134460213  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370444463  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kołaczykach                                   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Adama Mickiewicza 90  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134460213  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 50</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZOSZOWIE                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzozów/ 36-200/ ul. ks. Józefa Bielawskiego 16  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 43 485   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370442837  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SPZOZ w Brzozowie  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzozów/ 36-200/ ul. Bielawskiego 16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134343485  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 51</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krościenko Wyżne/ 38-422/ ul. Szkolna 13   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 15 076   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370441909  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krościenko Wyżne/ 38-422/ ul. Szkolna 13   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134315076  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 52</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Miejscu Piastowym                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 53 017   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370442381  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia Łężany   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Łężany/ 38-430/ ul. Wspólna 1  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                         |                             |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony                                     | 134353312  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Miejscu Piastowym                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14                           |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134353017  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia Głowienka  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Głowienka/ 38-455/ ul. Szkolna 1                                   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134219023  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 53</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSIEKU JASIELSKIM |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Osiek Jasielski/ 38-223/ 185                                       |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 13 44 20 017   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370444339  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Osieku Jasielskim                         |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Osiek Jasielski/ 38-223/ Osiek Jasielski 185                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134420017  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 54</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYMANOWIE  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów/ 38-480/ ul. Piłsudskiego 2                                |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 134355004  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370442085  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów/ 38-480/ ul. Piłsudskiego 2                                |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134355004  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                    |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rymanów-Zdrój/ 38-481/ ul. Parkowa 3                               |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134357194  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wróblak Szlachecki/ 38-483/ ul. Kolejowa 12                        |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134358123  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 55</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOŁYSZYNIE       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Skołyszyn/ 38-242/ 232   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 134491024  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370444492  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Skołyszynie                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Skołyszyn/ 38-242/ Skołyszyn 232                                   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134491024  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Święcanach                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Święcany/ 38-242/ Święcany 1                                       |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134495003  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Harkłowej                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Harkłowa/ 38-243/ Harkłowa 360                                     |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 134494006  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 56</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Żyraków/ 39-204/ 156A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 14 67 01 217   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 691563452  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet lekarski ogólny  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Żyraków/ 39-204/ Żyraków 156A                                      |                         | 2                           |
| telefon/ telefony                                     | 146701217  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 57</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KREMPNEJ            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krempna/ 38-232/ 32  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 13 44 14 008   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370444500  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SPGOZ Krempna  |                         |                             |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krempna/ 38-232/ Krempna 32  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134414008  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 58</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZALESZANACH Z/S W ZBYDNIOWIE     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zbydniów/ 37-415/ ul. Parkowa 8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 158458305  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830457866  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PUNKT SZCZEPIEŃ W OŚRODKU ZDROWIA W ZBYDNIOWIE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | ZBYDNIÓW/ 37-415/ ul. PARKOWA 8  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 15 845 83 05   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 59</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO - GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JAŚLE                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 4   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 134481630  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370444581  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa nr 1  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Mickiewicza 4   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134464085  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa nr 2  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Baczyńskiego 27   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134469133  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "Rafineria"  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. 3 Maja 101  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134410269  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Osobnica/ 38-241/ Osobnica 851   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134427029  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Szebniach  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Szebnie/ 38-203/ Szebnie 46  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134428094  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 60</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Nowym Żmigrodzie                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowy Żmigród/ 38-230/ ul. Krakowska 11   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 44 15 233   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370444138  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia Ogólna  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowy Żmigród/ 38-230/ ul. Krakowska 11   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134415674  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 61</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. PROF. KLEMENSA SKÓRY W BOROWEJ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Borowa/ 39-305/ 333 A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 58 10 520   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 831201689  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Borowa/ 39-305/ Borowa 333a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 175810520  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 62</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZOSTKU                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcz-Mysłowskiego 7                                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 146830843  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 691762536  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Brzostku   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcz-Mysłowskiego 7                                      |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 146830472  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Smarżowej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Smarżowa/ 39-231/ Smarżowa 76A   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 146835937  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 63        |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KAMIENIU  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowy Kamień/ 36-053/ 20  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 85 56 006   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 691765977  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Kamieniu  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nowy Kamień/ 36-053/ Nowy Kamień 20  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 178556006  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 64</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ RODZINNEJ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Fryształ/ 38-130/ ul. Józefa Piłsudskiego 3/4  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 27 77 661   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690582482  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Fryształ/ 38-130/ ul. Piłsudskiego 3/4   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 172777661  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 65</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" GRAŻYNA KRUPOWCZYK, MAREK KRUPOWCZYK SPÓŁKA JAWNA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Orły/ 37-716/ ul. Krakowska 1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 604943096  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 650961561  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Orły/ 37-716/ ul. Krakowska 1  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166712626  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 66</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIŚNIOWEJ - ROBERT MIAZGA I JAN GAWĘŁ SPÓŁKA JAWNA                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wiśniowa/ 38-124/ 136  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 172775015  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690497635  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wiśniowa/ 38-124/ Wiśniowa 136   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 172775015  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 67</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ RODZINNEJ S.C.  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Niebylec/ 38-114/ 67   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 27 73 044   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690579439  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej w Niebylecu  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Niebylec/ 38-114/ Niebylec 67  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 172773044  |                         | <b>2</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej w Lutczy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lutcza/ 38-112/ Lutcza 337   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 177463003  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej w Gwoźnicy Górnej  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Gwoźnica Górna/ 38-116/ Gwoźnica Górna 148   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 177465620  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia medycyny rodzinnej w Połomi   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Połomia/ 38-115/ Połomia 123   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 172773701  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 68</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Bircza/ 37-740/ ul. Rynek 3/2  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 60 80 23 258   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 650961578  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA Bircza                        |                         |                             |
|   |  |                         | <b>2</b>                    |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|   |   |                         |                             |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | BIRCZA/ 37-740/ ul. RYNEK 3/2   |                         | 4                           |
| telefon/ telefony                                     | 166512050   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA Huhniki  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | HUWNIKI/ 37-743/ HUWNIKI 1D   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 16 65 12 050  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASKLEPIOS" WOJCIECH TOMAKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA Przemysł |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | PRZEMYŚL/ 37-700/ ul. GENERAŁA JAKUBA JASIŃSKIEGO 3   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166750374   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 69</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | KEMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 108C   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 134915042   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370439551   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | POradnia POZ Kemed Sp zo.o.   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | JASŁO/ 38-200/ ul. ZA BURSA 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 787248797   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 70</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | "MEDCOR" MAŁGORZATA PYRCHLA SPÓŁKA JAWNA  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | TRÓJCZYCE/ 37-717/ 191  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 16 67 12 680  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 650898331   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ w Trójczycach   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Trójczyce/ 37-717/ Trójczyce 191  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166712680   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 71</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 17 27 71 081  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 690579238   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt lekarski Czudec   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | CZUDEEC/ 38-120/ ul. STAROWIEJSKA 4A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 172771028   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 72</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | STANISŁAW SZEREMETA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA ZDROWIA W NAROLU              |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 16 63 17 013  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 650261869   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Zdrowia w Narolu                                  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Narol/ 37-610/ ul. Rynek 3  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 166317013   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 73</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | "SOMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Zygmunta Krasińskiego 17   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 134485558   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370477617   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ SOMED  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Zygmunta Krasińskiego 17   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 134480242   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 74</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | MIROSLAW MASTEJ, RYSZARD MASTEJ, PAWEŁ MASTEJ CENTRUM ZDROWIA DR. MASTEJ SPÓŁKA CYWILNA             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Stanisława Staszica 17A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                    | 13 443 80 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 370430981   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA DR MASTEJ NZOZ  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | JASŁO/ 38-200/ Staszica 21  |                         |                             |



## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                     | 134438000  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM ZDROWIA DR MASTEJ NZOZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | DĘBOWIEC/ 38-220/ DĘBOWIEC 645   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134791420  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 75</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "VITA" S.C.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 53 488   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370437196  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe   |                                | <b>3</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Miejsce Piastowe/ 38-430/ ul. Dworska 14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134353488  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rogi/ 38-430/ ul. Ksiedza Domino 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134339185  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | "VITA" S.C. Miejsce Piastowe   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasionka/ 38-450/ Jasionka 45  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134331012  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 76</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ ul. Kletówki 52  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 64 948   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 364531646  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Krosno/ 38-400/ ul. Kletówki 52  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134364948  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 77</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MEDIKOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jedlicze/ 38-460/ ul. Tadeusza Rejtana 38B   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 42 00 388   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370467820  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | MEDIKOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                | <b>4</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jedlicze   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134372660  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 78</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ LEKARZY "MEDYTAR" S. KRAWCZUK, B. LIPCZYŃSKA-KRUŻEL SPÓŁKA PARTNERSKA                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Tadeusza Kościuszki 40   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | +48 15 822 96 31   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830446354  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Zespół Lekarzy MEDYTAR Sp.p.   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Kościuszki 40  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158225971  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 79</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "PRAKTYKA" TOMASZ ŚLIWIŃSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stubno/ 37-723/ 69   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 16 67 14 010   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 650902251  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRAKTYKA TOMASZ ŚLIWIŃSKI SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stubno/ 37-723/ Stubno 69b   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 166714010  |                                |                                    |
|   |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 80</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" B. SZCZUBIAŁKA M. DUBIEL J. CISZEWSKI SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Gorzyce/ 39-432/ ul. Józefa Piłsudskiego 17  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 83 62 561   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830411960  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                                |  |                                    |
|---|--|--------------------------------|--|------------------------------------|
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP"<br>B.SZCZUBIAŁKA M.DUBIEL J.CISZEWSKI SPÓŁKA JAWNA   |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Gorzyce/ 39-432/ ul. Piłsudskiego 17   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158362561  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 81</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 27 65 037   |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370478611  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA CYWILNA<br>Strzyżów                                     |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | STRZYŻÓW/ 38-100/ ul. PARKOWA 4  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 172765037  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 82</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Andrzej Kloc   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zarzecze/ 37-400/ ul. Adama Mickiewicza 46   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 84 11 001   |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830451958  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Andrzej Kloc Poradnia lekarza rodzinnego Zarzecze  |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zarzecze/ 37-400/ ul. Adama Mickiewicza 46   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158411001  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 83</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "SOŚNINA" SPÓŁKA CYWILNA AGNIESZKA DRABEK, STANISŁAW DRABEK  |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kombornia/ 38-420/ 53  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 134354813  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370997877  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ w Komborni  |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kombornia/ 38-420/ Kombornia 53  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134354813  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ w Jabłonicy Polskiej  |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jablonica Polska/ 36-213/ Jablonica Polska 265   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134391063  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia lekarza poz w Golcowej  |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Golcowa/ 36-230/ Golcowa 66  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134347105  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 84</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MARMED" LEK.<br>MED. BOGUSŁAWA I JAROSŁAW MARZEC SPÓŁKA JAWNA |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Pułaskiego 2B/5  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 175837246  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830473888  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Marmed  |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Pułaskiego 2 B/5   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 662603314  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 85</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | L.MIKRUT, R.PATYKIEWICZ SPÓŁKA CYWILNA NIEPUBLICZNY<br>ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"              |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Adama Mickiewicza 5   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 134467281  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370501280  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Medyk"   |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jasło/ 38-200/ ul. Mickiewicza 5   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 134480196  |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 86</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS"   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzemień/ 39-322/ 260   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 175811328  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 831198533  |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Puls"   |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Rzemień/ 39-322/ Rzemień 260   |                                |  |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| telefon/ telefony                                     | 0175811328  |                                |                                    |
|---|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 87</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | ZESPÓŁ LEKARZY "BIOCEN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wadowice Górne/ 39-308/ 143 A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 14 66 69 676  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 831197605   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet lekarza rodzinnego  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wadowice Górne/ 39-308/ Wadowice Górne 143A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 146669676   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 88</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "MEDYK" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Józefa Poniatowskiego 31  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 843 50 21  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830483869   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Hutnicza 8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435011   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Poniatowskiego 31   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435012   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Staszka 4a  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435013   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Energetyków 29  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435014   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Dąbrowskiego 3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435015   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia p.o.z.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Okulickiego 36  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 158435016   |                                | <b>2</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 89</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PIOMAR PIOTR BODZIANY MARCIN MATOGA JOANNA SULEK - MATOGA ELŻBIETA ZYMRÓZ - BODZIANY SPÓŁKA JAWNA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ropczyce/ 39-100/ ul. Parkowa 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 22 27 421  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690727220   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Rodzinnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ropczyce/ 39-100/ ul. Parkowa 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 172227421   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarza Rodzinnego  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ropczyce/ 39-100/ ul. Siewierskiego 6   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 577476040   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Medycyny Rodzinnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Wielopole Skrzyńskie/ 39-110/ Wielopole 260   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 172214816   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 90</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SPÓŁKA CYWILNA - ANDRZEJ PODOSEK, ZOFIA MIKRUT-GAŚIÓR, WANDA RZĄDZKA, LUCYNA ROŻNIAŁ-CIEJKA, ANNA KOZŁOWSKA, ALINA PODOSEK, GRAŻYNA KOPEĆ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Sandomierska 25   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 58 64 311  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830787859   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Poradnia POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | MIELEC/ 39-300/ ul. SANDOMIERSKA 25   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                     | 175864311   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 91</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Stanisław Piela   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Grodzisko Dolne/ 37-306/ 125  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|   |  |                                |                                    |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                    | 172436031  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 690964769  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Grodzisko Dolne/ 37-306/ Grodzisko Dolne 125   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 172436031  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 92</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STANISZEWSKI RYSZARD   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zaklików/ 37-470/ ul. Krzywa 66  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 15 87 37 228   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830086938  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ STANISZEWSKI RYSZARD   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | ZAKLIKÓW/ 37-470/ ul. KRZYWA 66  |                                | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 517848989  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 93</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BIESZCZADY"   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Lutowiska/ 38-713/ 82/2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 46 10 022   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370996524  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BIESZCZADY" TERESA MIKOŁAJCZAK  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | LUTOWISKA/ 38-713/ LUTOWISKA 82/2  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 134610022  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 94</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SPÓŁKA CYWILNA: AGNIESZKA BLECHARCZYK, WOJCIECH BLECHARCZYK  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Żurawica/ 37-710/ ul. Marcina Króla 3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 16 672 31 31   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 650951670  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska w Żurawicy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Żurawica/ 37-710/ ul. Marcina Króla 3  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 166723131  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 95</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK ZDROWIA W TUSZOWIE NARODOWYM, EWA TOMECKA-RZEPKA, JERZY RZEPKA, MONIKA RZEPKA-DUSZKIEWICZ SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tuszów Narodowy/ 39-332/ 51  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 175817795  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 831198763  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Mielec  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 19   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 172506688  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Ośrodek Zdrowia   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Tuszów Narodowy/ 39-332/ Tuszów Narodowy 51  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 175817795  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 96</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | "SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Stefana Żeromskiego 17   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 17 58 63 133   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 830787836  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Salus sp z o.o. NZOZ Poradnia lekarza POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Mielec/ 39-300/ ul. Żeromskiego 17   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                     | 175863133  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 97</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "Izdebki" Janusz Kosobucki, Elżbieta Kosobucka spółka cywilna   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Izdebki/ 36-203/ 378 A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                    | 13 43 99 005   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                   | 370884334  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Izdebki   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Izdebki/ 36-203/ Izdebki 378A  |                                | <b>1</b>                           |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| telefon/ telefony                                      | 134399005   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 98</b>  |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | DANUTA KARASŃ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA GABINET POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Grabownica Starzeńska/ 36-200/ 38   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 95 089  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370516429   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Grabownica Starzeńska/ 36-207/ Grabownica starzeńska 396  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134395089   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Ośrodek Zdrowia Jasionów   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasionów/ 36-211/ Jasionów 282 a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 519794222   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 99</b>  |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" ANNA OPALA, BEATA KORKUS-PSZENICZNA                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chorzeliów/ 39-331/ Chorzeliów 421C   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 41 491  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831198208   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" ANNA OPALA, BEATA KORKUS-PSZENICZNA Chorzeliów                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chorzeliów/ 39-331/ Chorzeliów 421c   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 175841491   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 100</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "PANORAMA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Leżajsk/ 37-300/ ul. Rynek 18/3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 172426807   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690303980   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Nr 1 w Nowej Sarzynie   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | NOWA SARZYNA/ 37-310/ ul. KONOPNICKIEJ 4  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172413620   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Grodzisku Dolnym  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | GRODZISKO DOLNE/ 37-306/ GRODZISKO DOLNE 125  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172436005   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Lekarski w Brzykskiej Woli  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | BRZYSKA WOLA/ 37-304/ BRZYSKA WOLA 74   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172429139   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rodzinna i Specjalistyczna  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | RUDNIK NAD SANEM/ 37-420/ ul. DASZYŃSKIEGO 1  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 153066163   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 101</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" M. HOFFMANN, B. IWANICKA-BRUDNIAK, M. PALUCH, E. SAS-GONTARZ SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Leżajsk/ 37-300/ ul. Hugo Kołłątaja 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 24 20 036  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691524245   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK"   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | LEŻAJSK/ 37-300/ ul. KOŁŁĄTAJA 2  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172420036   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 102</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wólce Grodziskiej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wólka Grodziska/ 37-306/ 119A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 24 36 059  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690729264   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wólce Grodziskiej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wólka Grodziska/ 37-306/ Wólka Grodziska 119a   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172436059   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |   |                                |  |                                    |
|--|---|--------------------------------|--|------------------------------------|
| nazwa:   | Grażyna Lefek - Dąbek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jarocinie                 |                                |  | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarocin/ 37-405/ Jarocin 62   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 172436059   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 103</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZECLAW" S.C. R.SIKORA-BIERNAT, J.BARNAŚ        |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przeclaw/ 39-320/ ul. Kilińskiego 29  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 13 190  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831198125   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przeclaw/ 39-320/ ul. Kilińskiego 29  |                                |  | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 794995225   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 104</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Ewa Nikiel  |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gawłuszowice/ 39-331/ 6C  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 69 32 81 271  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831198250   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Gawłuszowice"                                    |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gawłuszowice/ 39-307/ Gawłuszowice 6c   |                                |  | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 175819124   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 105</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "Krosno-Zdrowie" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Tysiąclecia 13  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 28 084  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370706963   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Tysiąclecia 13  |                                |  | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134320884   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 106</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne PAWEŁ MAZUR-CHROMIAK           |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kuryłówka/ 37-303/ 529  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 60 69 58 947  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690729382   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Centrum Medyczne PAWEŁ MAZUR-CHROMIAK Kuryłówka |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | KURYŁÓWKA/ 37-303/ KURYŁÓWKA 529  |                                |  | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172438012   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 107</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "Zdrowie" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                       |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chorkówka/ 38-458/ 130  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 13 023  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370739158   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chorkówka/ 38-458/ Chorkówka 130  |                                |  | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134313023   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 108</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Spółka Cywilna: Dorota Borowiec, Katarzyna Wójtowicz-Warchoł, Renata Zajączkowska       |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nisko/ 37-400/ ul. Sandomierska 18  |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 84 16 622  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831198651   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień   |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nisko/ 37-400/ ul. Sandomierska 8b  |                                |  | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158416622   |                                |  |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 109</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   |  | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "ARS MEDICA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                                |  |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Radymno/ 37-550/ ul. Legionów 1   |                                |  |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 628 11 58  |                                |  |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651257048   |                                |  |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> |  | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Ars -Medica Radymno   |                                |  |                                    |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Radymno/ 37-550/ ul. Legionów 1                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166281012  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 110</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "PIĄTKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 52 515   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830484640  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Piątka Sp z o.o. Poradnia Lekarza POZ                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 175852515  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ Trześń  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Trześń/ 39-331/ Trześń 90  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 17 584 10 25   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 111</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Remedium" Kinga Januszewska |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Podzwierzyniec 41                              |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 602373810  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690378988  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Remedium  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Podzwierzyniec 41                              |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172252191  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 112</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Mirosław Godzisz   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Straszczyń/ 39-218/ 211  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 67 68 644   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 850506626  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | STRASZCZYŃ/ 39-218/ STRASZCZYŃ 211                                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 602557174  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 113</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RUDNIK" S.C.                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rudnik nad Sanem/ 37-420/ ul. Fryderyka Chopina 22                 |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 87 61 009   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831199811  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rudnik nad Sanem/ 37-420/ ul. Chopina 22                           |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158761009  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 114</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA ZBIGNIEW ZAKRZEWSKI WŁADYSŁAWA TRYKA                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Giedlarowa/ 37-300/ 287  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 24 25 125   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690729407  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA ZBIGNIEW ZAKRZEWSKI WŁADYSŁAWA TRYKA Giedlarowa     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Giedlarowa/ 37-300/ Giedlarowa 287                                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172425125  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 115</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "OPTIMA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Świętego Jana Nepomucena 32                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 70 071   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 650971967  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA LEKARZA POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. św. Jana 32                                  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166770079  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 116</b> | WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 117</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ZAKŁAD LEKARZA RODZINNEGO "FAMILIA"                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 67                    |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                     | 15 82 36 700  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830398388   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | ZAKŁAD LEKARZA RODZINNEGO "FAMILIA" Tarnobrzeg                          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Sienkiewicza 67                                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158236700   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 118</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SPECMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Ignacego Jana Paderewskiego 4                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 66 802  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371012665   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Kisielewskiego 1                                    |                                | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 133061285   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Decowskiego 48                                      |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134323892   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Okulickiego 13                                      |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134371557   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 119</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Życie" s.c. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Adamówka/ 37-534/ 29  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 62 29 009  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651419580   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Przychodnia Lekarska   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Adamówka/ 37-534/ Adamówka 29   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166229009   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 120</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Artur Szofer - PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6                                  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 87 92 523  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830453680   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA HARASIUK   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Harasiuki/ 37-413/ ul. Długa 13   |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158791531   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Huta Krzeszowska   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Huta Krzeszowska/ 37-413/ ul. Łąkowa 6                                  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158792523   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PORADNIA KURZYNA ŚREDNIA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kurzyna Średnia/ 37-410/ Kurzyna Średnia 59                             |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158431322   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 121</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "NOVO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Tytusa Chałubińskiego 6                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 25 441  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830842877   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Novo Med sp z o.o.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Chałubińskiego 6                                    |                                | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 175825441 175825442   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 122</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Jerzy Stalmach Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BOBROWA"          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Bobrowa/ 39-203/ 109E   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 24 300  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 850239059   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Bobrowa/ 39-203/ Bobrowa 109E   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146824300   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 123</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |



## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA WENZEL-SOWA, ADAM SUCHORZEPKA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | MEDYKA/ 37-732/ 479A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 15 210   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 650949583  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Medyka/ 37-732/ Medyka 479 A   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166715210  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 124</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY-ZABRZYCKA I PARTNERZY W STRZYŻOWIE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 27 60 230   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371015178  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Strzyżów/ 38-100/ ul. Parkowa 4  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172760230  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pstrągowa/ 38-121/ Pstrągowa 103   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172779025  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Markuszowa/ 38-126/ ul. Markuszowa 22  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172776103  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 125</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "DANMED" S.C.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Bohaterów Getta 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 83 277   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651434013  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Bohaterów Getta 1  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166782433  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 126</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SPÓŁKA CYWILNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RES MEDICA"  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dubiecko/ 37-750/ ul. Przemyska 44   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 65 11 026   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651433321  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dubiecko/ 37-750/ ul. Przemyska 44   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166511026  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 127</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA LEKARSKA "MEDICUS" - LEKARZE - CZESZYK, CZESZYK, MAKARUK-GAŁUSZKA, JAKUBOWSKA, SOŚNICKA-MÜNZBERGER, ŚMIAŁEK, ŚMIAŁEK, TLAŁKA - SPÓŁKA PARTNERSKA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Wojska Polskiego 43  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 21 523   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371025946  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Medicus" Sp.p.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Wojska Polskiego 43  |                                | <b>4</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 519573990  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 128</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ B.KWIATKOWSKA, A.POLAK, M.WILCZYŃSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Baranów Sandomierski/ 39-450/ ul. Zamkowa 24   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 81 18 008   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831220132  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Baranów Sandomierski/ 39-450/ ul. Zamkowa 24   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158118008  |                                |                                    |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 129        | WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|--|--|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 130</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Halina Bury NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED"   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 172771028  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 690287872  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED"   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 607281837  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 131</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | OŚRODEK LECZNICZO REHABILITACYJNY I MEDYCYNY PRACY "NAFTA-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ ul. Daszyńskiego 20A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 46 52 361   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 371004246  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny i Medycyny Pracy "NAFTA-MED"   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ ul. Daszyńskiego 20A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 507274300  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 132</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | "RES-MED" URBAN I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | RZESZÓW/ 35-119/ UL. WIKTORA ZBYSZEWSKIEGO 15  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 17 856 95 56   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 691677782  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-119/ ul. Zbyszewskiego 15  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 178569556  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 133</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Spółka cywilna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 3 w Nisku                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nisko/ 37-400/ ul. Wolności 8a   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 15 84 14 338   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 831223610  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nisko/ 37-400/ ul. Wolności 8a   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 158414338  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 134</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Kidała Andrzej Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICINAE"                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czudec/ 38-200/ ul. Starowiejska 4A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 60 38 52 978   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 691568739  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ "Medicina"  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czudec/ 38-120/ ul. Starowiejska 4a  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 603852978  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 135</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALMUS" Jacek Pieniążek  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Białoboki/ 37-207/ 137   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 16 641 14 20   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 650968095  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | BIAŁOBOKI 137  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | BIAŁOBOKI/ 37-207/ BIAŁOBOKI 137a  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                      | 166411420  |                         | <b>1</b>                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 136</b> |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PADEW NARODOWA S.C. IRENA LORENC, PIOTR LORENC                 |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Padew Narodowa/ 39-340/ ul. Księżdz Jana Kica 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 15 81 19 329   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 831221456  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | Gabinet lekarza poz  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Padew Narodowa/ 39-340/ ul. Ks. Jana Kłca 2  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158119329  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 137</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "NASZE ZDROWIE" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 67  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 82 34 820   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831221350  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA NASZE ZDROWIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Sienkiewicza 67  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158222522  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 138</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Maria Przybyła   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Trzeźniów/ 36-212/ 90  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 94 016   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371030278  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Trzeźniów/ 36-212/ Trzeźniów 90  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134394016  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 139</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wacław Frydrych  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Haczów/ 36-213/ Haczów 810   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 91 374   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370046840  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Haczów  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Haczów/ 36-213/ Haczów 96  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134391015  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 140</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "PANACEUM PRUCHNIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 166288034  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651439542  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166288012  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Prywatny Specjalistyczny Gabinet Lekarski Włodzimierz Ziemiński                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pruchnik/ 37-560/ ul. Szkolna 10a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 664244644  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 141</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "E.WOJTERA, L.SŁYSZYŃSKA, LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA"  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Leżajsk/ 37-300/ ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 24 21 888   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691561200  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Leżajsk/ 37-300/ ul. Marii Curie-Skłodowskiej 1  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172421888  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 142</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ T.LEWIŃSKA, A.TOMASZEWSKA, M.SZKLARCZYK "SANUS" SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | RZESZÓW/ 35-241/ UL. LUBELSKA 6/14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 86 12 422   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691578034  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia poz   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-241/ ul. Lubelska 6/14   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 178612422  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 143</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021</b>   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 144</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:   | "BUD-MED" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZESZOWIE-IRENA OPALIŃSKA-SIKORA I PARTNERZY-SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-016/ ul. Klementyny Hoffmanowej 8A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 85 35 518   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691675085  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ "BUD-MED" w Rzeszowie   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-016/ ul. Hoffmanowej 8 a   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 178535518  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 145</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "LEKARZ W. NOWAK, LEKARZ A. L. ZAJĄC - SPÓŁKA PARTNERSKA"  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 32A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 146819779  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831300167  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 32A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 146819779  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 146</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NZOZ "Helios" Marzena Polak-Żurek  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Biernackiego 10A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 53 096   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831306945  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ NZOZ Helios   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. dra Biernackiego 10 A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 175833096  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 147</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "HIPOKRATES" SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY JOANNA HAWRO I PARTNERZY                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Rynek 18   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 225 45 17   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691689348  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | ŁAŃCUT/ 37-100/ ul. RYNEK 18   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 667942306  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 148</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 08.02.2021</b>   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 149</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | BARBARA IRENA WIELGOS-FUKSA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" W NOZDRZCU                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nozdrzec/ 36-245/ 242  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 98 960   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691676564  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Nozdrzcu   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nozdrzec/ 36-245/ Nozdrzec 242   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 134398960  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 150</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Teresa Królikowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jeżowe  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jeżowe/ 37-430/ 662A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 87 97 200   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831222154  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet zabiegowy  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jeżowe/ 37-430/ Jeżowe 662A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 607467234  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 151</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Dorota Rutkowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 2  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jeżowe/ 37-430/ 688  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 87 94 245   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830311743  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia lekarska   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jeżowe/ 37-430/ ul. 662a 662a  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| telefon/ telefony                                      | 603300317  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 152</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ALINA KRUPA-HIPPNER NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W PRZYSIETNICY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przysietnica/ 36-200/ 858  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 49 134   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371184923  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Alina Krupa-Hippner NZOZ Ośrodek Zdrowia w Przysietnicy                                  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przysietnica/ 36-200/ Przysietnica 858   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 13 43 491 34   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 153</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Bożena Barbara Przyczyna   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowy Dzikowiec/ 36-122/ ul. Wiosenna 12  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 60 55 36 417   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690497279  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowy Dzikowiec/ 36-122/ ul. Wiosenna 12  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 177442178  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 154</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "MEDICUS - DUKLA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dukla/ 38-450/ ul. Mickiewicza 17  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 30 328   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371091400  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ "Medicus-Dukla"   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dukla/ 38-450/ ul. Trakt Węgierski 16  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 134330328  |                                | <b>2</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Głojsce/ 38-450/ Szkołna 25  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 134330328  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 155</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Ewa Szypuła-Stąpor   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kolbuszowa Dolna/ 36-100/ 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 60 50 62 898   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690576412  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kolbuszowa Dolna/ 36-100/ ul. Tyszkiewiczów 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 172272607 888480999  |                                | <b>2</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 156</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "A-W MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przeworsk/ 37-200/ ul. Kilińskiego 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 64 83 814   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651490276  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet lekarza poz  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | PRZEWORSK/ 37-200/ ul. KILIŃSKIEGO 2   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 166483814  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 157</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzozów/ 36-200/ ul. Adama Mickiewicza 9   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 134343106  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371123420  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ NZOZ Promed   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzozów/ 36-200/ ul. Mickiewicza 9   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 134343106  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ w Krzemieniej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dydnia/ 36-204/ Krzemienińska 86   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 730777024  |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ w Wesołej   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wesoła/ 36-233/ Wesoła 432A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      |  |                                | <b>1</b>                           |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| telefon/ telefony                                      | 664780379   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 158</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Teresa Undas Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DWÓJKA               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Krasickiego 1                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 60 01 18 440  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691759445   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DWÓJKA                            |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Krasickiego 1                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 146700772   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 159</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Jan Skrzypek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Consilium"          |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gniewczyna Łańcucka/ 37-203/ 643  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 64 27 329  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651477413   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia poz  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gniewczyna Łańcucka/ 37-203/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 643             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 166427329   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 160</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Anna Zielińska-Śmietana Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GUMNISKA; |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gumniska/ 39-200/ 97  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 16 677  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 850524989   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Lekarza Rodzinnego NZOZ Gumniska                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Gumniska/ 39-200/ Gumniska 97   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 146816677   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 161</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jawornik Polski s.c.              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jawornik Polski/ 37-232/ 215  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 65 14 002  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651540519   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jawornik Polski/ 37-232/ Jawornik Polski 215                            |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 166514002   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Manasterz/ 37-230/ Manasterz 139  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 166515161   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 162</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Warszawa/ 04-790/ ul. Trakt Lubelski 140/14 /4                          |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 228152007   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 140616050   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Opieki Pospitalnej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | SANOK/ 38-500/ ul. KONARSKIEGO 18                                       |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 228152007   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 163</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "SAN-MED" s.c.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przeworsk/ 37-200/ ul. Tadeusza Kościuszki 2A                           |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 64 87 070  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651540212   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przeworsk/ 37-200/ ul. Kościuszki 2a                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 166487070   |                                | <b>1</b>                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 164</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | MAREK FRYŻLEWICZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rozbórz/ 37-200/ 599  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 64 87 548  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651540459   |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|--|---------------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rozbórz/ 37-200/ Rozbórz 599   |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 166487548  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 165   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPALA HALINA COMPALA-KUŚNIERZ                |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-073/ pl. Wolności 17   |                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 178592020  |                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 691748068  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-073/ ul. Pałc Wolności 17  |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 178592020  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-301/ ul. Zenitowa 5  |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172305612  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza rodzinnego  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Błażowa/ 36-030/ ul. Armii Krajowej 30   |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172305600  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 166   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | "ZENON ZAWILSKI, WIESŁAW WITEK, DANUTA GRAMATYKA - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY"                  |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ Plac Mariacki 9   |                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 24 02 705   |                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 691742700  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ Plac Mariacki 9   |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172402705  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 167   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PILMEDIC Danuta Jasińska                                 |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzegocice/ 39-223/ 126a  |                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 68 17 220   |                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 690489185  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PILMEDIC   |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pilzno/ 39-220/ ul. Legionów 28  |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146721077  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień Dobrków  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrków/ 39-220/ Dobrków 11  |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146721035  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 168   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | FEN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 64  |                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 601519381  |                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 181165568  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Specjalistyczna  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Konfederacji Dzikowskiej 18  |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 158237451  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 169   |  | WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021 | szczenie personelu          |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 170   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" J. ZIĘBA, B. STAWIARZ, M. HETEL - SPÓŁKA JAWNA |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sandomierz/ 27-600/ ul. Portowa 30   |                                 |                             |
| telefon/ telefony:                                | 15 832 32 03   |                                 |                             |
| identyfikator REGON                               | 830410735  |                                 |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczenie personelu *            | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Szczepień  |                                 | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ Aleja Warszawska 378   |                                 |                             |
| telefon/ telefony                                 | 158323203  |                                 |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 171   |  | szczenie personelu              | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Barbara Nalepa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Barbara Nalepa                            |                                 |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paszczyna/ 39-207/ 122A  |                                 |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 34 670   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 850219140  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Zabiegowy NZOZ Barbara Nalepa                                      |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzeźnica/ 39-207/ Paszczyzna 122a   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146834670  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 172</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | VIVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dukla/ 38-450/ ul. Słowacka 11   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 30 011   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 383716730  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepien  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dukla/ 38-450/ ul. Słowacka 11   |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 607533333  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jaśliśka/ 38-485/ Jaśliśka   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134310202  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Iwla/ 38-450/ Iwla 20  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134330004  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Równe/ 38-451/ ul. Długa 18  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134333555  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 173</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED" w Tarnowcu<br>Adrian Młotek |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnowiec/ 38-204/ 256   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 44 24 006   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371175210  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "AD-MED                              |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnowiec/ 38-204/ Tarnowiec 256   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134424006  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarzy POZ Łajsce  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łajsce/ 38-204/ Łajsce 140   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134423011  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 174</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "RATOWNIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. Józefa Poniatowskiego 53                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 621 71 57   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 650973771  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. Poniatowskiego 53                                    |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166217157  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 175</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Centrum Promocji Zdrowia "SANVIT" Sp. z o.o.                               |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Warszawa/ 02-790/ ul. Mariana Sengera "Cichego" 16/2a                      |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 22 649 61 61   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 015219853  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Promocji Zdrowia Sanvit  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Iwonicz Zdrój/ 38-440/ ul. ks. Jana Rąba 1                                 |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134350411  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Ośrodek Rehabilitacji i Odnowy "SANVIT"                                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ ul. Łazienna 1  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134655088  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 176</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ALFAMED ANNA KAMIŃSKA I ROBERT NIEMIEC SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY        |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasionka/ 36-002/ 131  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 602615204  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691796937  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna  |                                |                                    |



**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 131  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 177723015   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia ogólna   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Stobierna/ 36-003/ Stobierna 393  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 177723840   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza rodzinnego   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Zaczerwie/ 36-062/ Zaczerwie 328  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 177712101   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 177</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LAUMED"<br>BERNADETA AMAROWICZ, ANNA BAK, ALINA CYGAN, LILIANA<br>KĘDZIERSKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Grunwaldzka 58  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 91 269  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651556673   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet lekarza poz   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Grunwaldzka 58  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166791269   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 178</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Anna Trznadel-Mozul   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lublin/ 20-726/ ul. Śląska 16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15-8763001  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 432724321   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ulanów/ 37-410/ ul. 3-go Maja 19  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158763001   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 179</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | KONRAD JÓZEF MYSZOR   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sieniawa/ 37-530/ ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 62 27 910  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651434591   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sieniawa/ 37-530/ ul. marsz. Józefa Piłsudskiego 6  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166227910   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 180</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ALMED" ALICJA<br>DACHOWSKA-LAPA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Edwarda Biernackiego 10   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 63 177  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 831306483   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Almed Poradnia Lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Edwarda Biernackiego 10   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 175863177   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 181</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.A.-MED Andrzej<br>Sawicki   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krosno/ 38-400/ ul. Hutnicza 20   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 42 02 830  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370412799   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej S.A.-MED  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | KROSNO/ 38-400/ ul. HUTNICZA 20   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134202830   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 182</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | MULTIMED S.C.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wólka Pełkińska/ 37-511/ 277  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 62 24 313  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180084023   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia poz  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wólka Pełkińska/ 37-511/ Wólka Pełkińska 277  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166224313   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 183</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ANDRAMED Aleksandra Cikuj   |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |   |                         |                             |
|--|---|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. 3 Maja 19   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 07 070  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 650176974   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | PORADNIA LEKARZA POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. 3-go Maja 19  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 166707070   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 184</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | NZOZ" MEDI-CENTR"S.C.   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Adama Mickiewicza 40  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 17 58 62 378  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 690307267   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Mickiewicza 40  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 175862378   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  | WYKREŚLENIE MIEJSCA 08.02.2021  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 185</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | EDYTA ŁUKASZEWSKA Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Poradnia Rodzinna lek.med. Edyta Łukaszevska |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzozów/ 36-200/ ul. Adama Mickiewicza 9  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 43 106  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180084945   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet Lekarza POZ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzozów/ 36-200/ ul. Mickiewicza 9  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134343106   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 186</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | GRAŻYNA TKACZYK MED-JAR   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 65   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 16 62 48 699  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 651224793   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ MED-JAR  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. 3-go Maja 65  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 166248690   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia NOVA  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. 3 Maja 47b  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 166210116   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia MED-JAR w Pawłosiowie   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pawłosiów/ 37-500/ Pawłosiów 62B  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 166220040   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 187</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | SPÓŁKA PRAWA CYWILNEGO PRZYCHODNIA DLA DZIECI I<br>MŁODZIEŻY "PEDIATRIA"                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | PRZEMYSŁ/ 37-700/ UL. ŚW. JANA NEPOMUCENA 32  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 16 67 02 443  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 651433597   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Św.Jana Nepomucena 32   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 797317915   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 188</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | "Agamed" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Agnieszka Bąk  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | KRASNE/ 36-007/ 746A  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 796600150   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 690646555   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krasne/ 36-007/ Krasne 746 A  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 172824400   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 189</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"ZDROWIE RODZINY"<br>S.C.MARIA AMBRYSEWSKA BRĘŚ, MAŁGORZATA GNAT   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pysznica/ 37-403/ ul. Wolności 320  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 158410002   |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |   |                         |                             |
|--|---|-------------------------|-----------------------------|
| identyfikator REGON                                    | 180162148   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska Nr 1   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | PYSZNICA/ 37-403/ ul. Wolności 320  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 158410002   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska Nr 2   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | JASTKOWICE/ 37-403/ ul. Armii Krajowej 18   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 158410309   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 190</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | MAŁECKI, WOŹNICA, LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowa Sarzyna/ 37-310/ ul. Azalii Pontyjskiej 1A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 172413235   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180153333   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet Szczepień   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowa Sarzyna/ 37-310/ ul. Azalii Pontyjskiej 1A   |                         | 2                           |
| telefon/ telefony                                      | 509907373   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 191</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | "PRO FAMILIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasionka/ 36-002/ 297E  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 17 77 23 303  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180185801   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasionka/ 36-002/ Jasionka 593  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 177722607   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Trzebowniko/ 36-001/ Trzebowniko 946  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 177723303   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 192</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LUBATOWA" MAŁGORZATA PAJĄK I BEATA KUCZA-JURCZAK SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubatowa/ 38-440/ 66A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 50 240  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180187190   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubatowa/ 38-440/ Lubatowa 287A   |                         | 2                           |
| telefon/ telefony                                      | 669978792   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 193</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | MEDYCYNIA - BARBARA I ZBIGNIEW WCISŁO SPÓŁKA JAWNA  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Domaradz/ 36-230/ 353   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 47 999  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180056080   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia POZ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 359  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134347999   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 194</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | ADAM PILNY NZOZ PILNY-MED   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łęki Dukielskie/ 38-456/ 66   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 17 505  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 370352608   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet zabiegowy   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łęki Dukielskie/ 38-456/ Łęki Dukielskie 66   |                         | 2                           |
| telefon/ telefony                                      | 134317505   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 195</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MACHÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Strefowa 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 15 85 54 791  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180227190   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Strefowa 2  |                         | 1                           |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony                                      | 158554793  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 196</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | LUMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 63 22 085   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651554467  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Lumed sp zo.o.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubaczów/ 37-600/ ul. Kopernika 1  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166321004  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LUMed sp zo.o.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Oleszyce/ 37-630/ ul. Zielona 4c   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166315564  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Lumed Sp zo.o.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Stary Dzików/ 37-632/ ul. Kościuszki 72  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166318010  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 197</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "Vitae" - Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej - Danuta Dziuba  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Żołynia/ 37-110/ ul. Adama Mickiewicza 75  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 697692899  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691791176  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet lekarza rodzinnego   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Żołynia/ 37-110/ ul. Rynek 17  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172243741  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 198</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | ZDZIŚLAW SZAFRAN CENTRUM MEDYCZNE DYNMED   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dynów/ 36-065/ ul. Rynek 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 65 21 485   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180265871  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | DYNÓW/ 36-065/ ul. RYNEK 10  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166521485  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 199</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wiesława Lasik - Leśniak Centrum Zdrowia L - Med Kołaczyce<br>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczny Gabinet<br>Lekarski Wiesława Lasik-Leśniak |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Burmistrza Wiejowskiego 22A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | +48 60 80 31 378   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370217075  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA L-MED KOŁACZYCE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kołaczyce/ 38-213/ ul. Burmistrza Wiejowskiego 22 A  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134410232  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 200</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kamień/ 36-053/ 313  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 502699725  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180300426  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SP. Z O.O.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krzeszów/ 37-418/ ul. Rynek 32   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 502699725  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE KINESIS SP. Z O.O.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kamień/ 36-053/ Kamień 313   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 502699725  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 201</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA "NASZE ZDROWIE - NIWIŃSCY" Artur Niwiński  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Krzeszów/ 37-418/ ul. Stolarska 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 87 98 753   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180257222  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia medycyny rodzinnej  |                                |                                    |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | KRZESZÓW/ 37-418/ ul. Stolarska 1   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158798753   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 202</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Teresa Ziemińska -Siuta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia w Domaradzu                                     |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Domaradz/ 36-230/ 327   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 47 011  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180325716   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ Ośrodek Zdrowia w Domaradzu  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 327  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 607350101   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Domaradz/ 36-230/ Domaradz 327  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 607350101   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 203</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" J. WAŚKO, R. MARC SPÓŁKA JAWNA                                   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Solidarności 11   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 74 53 666  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180343542   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Rodzinna  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sędziszów Małopolski/ 39-120/ ul. Solidarności 11   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 177453666   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 204</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY FRANCISZEK DZIUBAN, TOMASZ ŚLĘZAK I PARTNERZY"   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ostrów/ 39-103/ 121   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 17 22 35 769  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180363800   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ostrów/ 39-103/ Ostrów 121  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172235769   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Kamionka/ 39-122/ Kamionka 151a   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 172233129   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 205</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "DORMED" SPÓŁKA JAWNA DOROTA I PAWEŁ BRZOZOWSCY   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-500/ ul. Stanisława Kopystyńskiego 15  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 48606443754   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180259190   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza rodzinnego   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sieniawa/ 37-530/ ul. Sobieskiego 7   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166228329   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza rodzinnego   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chłopice/ 37-561/ Chłopice 236  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 690019040   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 206</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE KORMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 141/7   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 63 20 310  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 363618894   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | KORMED CENTRUM MEDYCZNE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Lubaczów/ 37-600/ ul. Tadeusza Kościuszki 141/7   |                                | <b>3</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166320310   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 207</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Gabinet Stomatologiczny dr n. med. Paweł Nalepa, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pod Jesionem" dr n. med. Paweł Nalepa |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Piłzno/ 39-220/ ul. 3 Maja 51   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 12 266  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                    | 850444144  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia w Zawadzie   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Zawada/ 39-200/ ul. Zawada 208a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146775092  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Róża   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Róża/ 39-216/ Róża 142b  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146812266  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 208</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | CENTRUM ZDROWIA WOJASZÓWKA VISMED GRAŻYNA SITKO<br>MAREK ZIAJOR NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ -<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wojaszówka/ 38-471/ 31B  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 85 027   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180344240  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Zdrowia w Wojaszówce   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Wojaszówka/ 38-471/ ul. Wojaszówka 31B   |                                | <b>4</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134385027  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 209</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Małgorzata Gofryk-Lewiarz Prywatna Praktyka Lekarska, "Al-Ma-Med"  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. 3 Maja 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 679 00 87   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 650884599  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. 3 Maja 1   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166790087  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 210</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "JEDYNKA" E.GAWLIK-URYASZ, M.FABROWICZ, M.NOWOTARSKA-<br>DUL LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Kolejowa 9   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 08 760   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180496808  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Kolejowa 9   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146808760  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 211</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinet POZ Zenon Dul  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Róża/ 39-216/ 186A   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 68 10 999   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 850070241  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ Gabinet POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Róża/ 39-216/ Róża 186a  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146810999  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 212</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CZAR-MED S.C.<br>HANNA I PIOTR DOBRÓDZCY   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czarna/ 39-215/ ul. Konarskiego 3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 67 61 095   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180568695  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Czar-Med"   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czarna/ 39-215/ ul. Konarskiego 3  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 146761095  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 213</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | BEATA HAJNUS CENTRUM MEDYCZNE BIESZCZADY; FULL-BUD   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Myczków/ 38-610/ 51  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 69 11 81 934, 13 33 35 421   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180527348  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Filia Punkt szczepień POZ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Myczków/ 38-610/ Myczków 51  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 133335421  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 214   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | NZOZ ANI-MED Anna Szpak   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielanówka/ 35-106/ 35/36   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | + 48 17 74 01 112   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180505571   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ ANI-MED  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielanówka/ 35-106/ Kielanówka 35/36  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 177401112   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 215   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-605/ ul. Bławatkowa 13  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 178501413   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180696803   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna Nr 1   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-006/ ul. Siemiradzkiego 4   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 178533576   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-326/ ul. Graniczna 4b/2b  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172299222   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Zgłobniu  |                         | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgłobień/ 36-046/ Zgłobień 67A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 178501414   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Niechobrz   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niechobrz/ 36-047/ Niechobrz 795  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 178501407   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 216   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | GRUPOWA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA BAN-MED MAREK BANAŚ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeczków/ 38-100/ 478A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 27 66 366  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180140862   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Ban-Med   |                         | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeczków/ 38-100/ Dobrzeczków 466 A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172766366   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 217   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO ELMED ELŻBIETA NOWAK-BEREŚ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nagawczyna/ 39-200/ 24A   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 14 69 69 988  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 691553212   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nagawczyna/ 39-200/ Nagawczyna 24A  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146969988   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 218   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK S.C. JANINA TOCZEK, SEWERYN TOCZEK, SAMANTA TOCZEK            |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Czesława Tańskiego 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 58 26 591  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180751063   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Medyk sc   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Tańskiego 2   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 175826591   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 219   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA ZDROWIA dr n. med. Marta Leszczyńska  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dębowiec/ 38-220/ 81  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 13 47 91 398  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 370386659   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Ogólna   |                         | 3                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dębowiec/ 38-220/ Dębowiec 81   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 134791398   |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 220        | WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|--|---|-------------------------|-----------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 221</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA GRZEGORZ KARCZMARCZYK  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Katowice/ 40-750/ ul. Bukszpanowa 2 K   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 502628964   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 277573600   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia Rodzinna "GK-MED"  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jodłowa/ 39-225/ Jodłowa 25   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 146726323   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 222</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | PRO-MMED TEJCHMA MAŁGORZATA   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Jana Matejki 17   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 17 77 99 156  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 690718384   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Jana Matejki 17   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 177799156   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 223</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Janusz Kindelski   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasienica Rosielna/ 36-220/ 312   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 06 009  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180293703   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet Lekarski ZOZ Zdrowie  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jasienica Rosielna/ 36-220/ Jasienica Rosielna 312  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134306009   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza Rodzinnego Orzechówka  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Orzechówka/ 36-220/ Orzechówka 1  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134306152   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 224</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA MOLMEDIC PRAKTYKA LEKARSKA BMM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chmielów/ 39-442/ ul. Górka 108   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 15 846 11 17  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180806002   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA MOLMEDIC PRAKTYKA LEKARSKA BMM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Chmielów/ 39-442/ Górka 108   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 158461117   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 225</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | "MEDICSAN" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowosielce/ 38-533/ ul. św. Floriana 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 134672420   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180808136   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt szczepień   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Zarszyn/ 38-530/ ul. Podkarpacka 6  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134671017   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Punkt szczepień   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowosielce/ 38-533/ ul. św. Floriana 2  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 134672028   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 226</b> |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANUS" Joanna Stefańska  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Czerzeź/ 38-500/ 175  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                     | 60 21 53 866  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                    | 180658783   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Prusiek/ 38-500/ Prusiek 44   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony                                      | 602153866   |                         |                             |



## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 227   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | "Lekarz Rodzinny" Mariusz i Mateusz Kocój spółka cywilna           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEŻAJSK/ 37-300/ ul. HUGO KOŁŁĄTAJA 2                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 242 11 79   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180779305  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet szczepień  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leżajsk/ 37-300/ ul. H. Kołłątaja 2                                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 172421179  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 228   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | VITA - FAMILIA Medycyna Rodzinna Monika Gaszczyk                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Górna/ 38-516/ 80  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 60 52 05 717   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 370474731  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia lekarza POZ   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Górna/ 38-500/ Tarnawa Górna 80                            |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 605121016  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 229   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Skłodowskiej-Curie 10                          |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 595   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180871548  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medycyny Rodzinnej   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIELEC/ 39-300/ ul. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 10                          |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 177800595  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 230   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | ZOŁA-MED Lesław Zoła   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasło/ 38-200/ ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 19                |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 60 09 71 172   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 370055253  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasło/ 38-200/ ul. Kraszewskiego 19                                |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 134428257  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 231   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | TARMEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Henryka Sienkiewicza 165C                  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 15 82 38 768   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180952270  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet zabiegowy  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Kopernika 25                               |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 158225218  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 232   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | VITAL - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Niepodległości 59                           |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 69 68 29 068   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 241567740  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | VITAL-MED Przychodnia  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przeworsk/ 37-200/ ul. Niepodległości 59                           |                         | <b>1</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 696831779  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 233   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "ANT-MED" Magdalena Filip-Dziurzyńska             |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żołyńia/ 37-110/ ul. Białobrzaska 13a                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 40 059   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 180633286  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "ANT-MED"   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żołyńia/ 37-110/ ul. Białobrzaska 13a                              |                         | <b>2</b>                    |
| telefon/ telefony                                 | 172240059  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 234   |  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARSKA PULS 1 ŁUKASIEWICZ I PARTNERZY                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARNOBRZEG/ 39-400/ ul. 1 Maja 11                                  |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                     | 15 82 29 288   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 181013806  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza Rodzinnego  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. 1Maja 11   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 158229288  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 235</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Bożena Krochmal   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Zręcin/ 38-406/ ul. Łukasiewicza 18  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 43 11 898   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180448057  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Zręcin/ 38-457/ ul. Łukasiewicza 18  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 512039961  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 236</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Warszawa/ 02-676/ ul. Postępu 21 C   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 224504500  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 140723603  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LX Mielec - Wojska Polskiego 3   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Mielec/ 39-300/ ul. Wojska Polskiego 3   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 22 33 22 849   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LX Rzeszów - Al. Kopisto 1   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-315/ Al. Kopisto 1   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 22 33 22 849   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | LX Rzeszów - Jabłońskiego 2/4  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-068/ ul. Jabłońskiego 2/4  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 22 33 22 849   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 237</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SUCH-MED Such Przemysław   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Besko/ 38-524/ 1A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 13 46 73 723   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 360441998  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Zdrowia Such-Med   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Besko/ 38-524/ ul. Błonie 1A   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 134673723  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 238</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Aurelia Czech-Kobyłko Centrum Medyczne „Rel-Med,,  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Laszki/ 37-543/ 35A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 16 624 13 37   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 361120084  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne „REL-MED,,  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Laszki/ 37-543/ Laszki 35a   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 166241337  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 239</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE ESKULAP B I J HAJNUS SPÓŁKA JAWNA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ ul. Krakowska 76  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 133335008  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 362100333  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Eskulap   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ ul. Krakowska 76  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 133335008  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 240</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "CENTRUM MEDYCZNE BMS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA" Z SIEDZIBĄ W MAJDANIE KRÓLEWSKIM |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Majdan Królewski/ 36-100/ ul. Rynek 21   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 158555151  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 362197730  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt szczepień  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Majdan Królewski/ 36-110/ ul. Rynek 21   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 604530226  |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 241   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Miłosz Dytkowski - Praktyka Lekarska  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 92 021  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 181158918   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia poz  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polańczyk/ 38-610/ ul. Zdrojowa 5   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 782430486   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 242   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lekarz" Dariusz Chmiel                     |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Annopol/ 23-235/ ul. Leśna 1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 15 -8613436   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 430931458   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radomyśl nad Sanem/ 37-455/ ul. Lubelska 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 158454303   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza POZ   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Antoniów/ 37-455/ ul. Antoniów 47   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 158453305   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdziechowice Drugie/ 37-470/ ul. Zdziechowice Drugie 221                          |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 158381122   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 243   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | GABINET LEKARSKI LEK.MED.SZPUNAR STANISŁAW  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna/ 37-125/ 262B  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 62 211  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 690531094   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | GABINET LEKARSKI LEK.MED.SZPUNAR STANISŁAW  |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czarna k/Łańcuta/ 37-125/ ul. Czarna 262B   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 172262211   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 244   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NORT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                      |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 8/30                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 48177734944   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 366076086   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | REMMED CENTRUM MEDYCZNE   |                         | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/ 39-300/ ul. Kardynała Wyszyńskiego 8/30                                   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 177734944   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 245   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | S-MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcz-Mysłowskiego 5B                              |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 146396200   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 368427584   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzostek/ 39-230/ ul. Mariana Nałęcz-Mysłowskiego 5b                              |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 146396200   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 246   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | BACHMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraczkowa/ 37-124/ 261  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 600285173   |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 383341690   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FABAMED                                     |                         | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraczkowa/ 37-124/ Kraczkowa 285  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                 | 600285173   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 247   |   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA PARKOWA K.KOZYRA, A.SULKOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-609/ ul. Kombatantów 27/1   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                | 790813560   |                         |                             |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| identyfikator REGON                                    | 382834960  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA PARKOWA  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-328/ ul. Paderewskiego 51 lokal U1d  |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 790813560  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 248</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA DAR-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Brzozów/ 36-200/ ul. Rynek 6A  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 695577975  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 383950740  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | DAR-MED-CENTRUM MEDYCZNE   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | BRZOZÓW/ 36-200/ ul. 3 MAJA 41   |                                | <b>2</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 695577975  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 249</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | FORTITUDO SPÓŁKA CYWILNA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-317/ ul. Jana Pawła II 94  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 607977370  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 381286580  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Rzeszów/ 35-317/ ul. Jana Pawła II 97  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 723002700  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 250</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Andrzej Witold Kucharzyk   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Stokowa 13   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 134611275  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370477882  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Internistyczny Gabinet Lekarski lek. med. Andrzej Kucharzyk  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 53  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 723342021  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 251</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Maria Antonina Kucharzyk   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Stokowa 13   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 134613292  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370477876  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Praktyka Lekarska lek.med Maria Kucharzyk  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. 29 Listopada 53  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 723 342 021  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 252</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Urszula Anna Kuciel-Dębek  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Ustrzyki Dolne/ 38-700/ ul. Witolda Gombrowicza 17/15  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 134613353  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370478410  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | PRAKTYKA LEKARSKA URSZULA ANNA KUCIEL-DĘBEK  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | USTRZYKI DOLNE/ 38-700/ ul. 29LISTOPADA 53   |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 723342021  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 253</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Bogusław Bukrej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowotaniec/ 38-505/ 123  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 604231447  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 370396008  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Bogusław Bukrej  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Nowotaniec/ 38-505/ Nowotaniec 93  |                                | <b>1</b>                           |
| telefon/ telefony                                      | 604231447  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 254</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Maria Anna Trojnar   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Albigowa/ 37-122/ Albigowa 661   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 606901936  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690679891  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Podstawowej Opieki Zdrowotnej lek. med. Maria Trojnar  |                                | <b>1</b>                           |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Albigowa/ 37-122/ Albigowa 815  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 606901936   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 255</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Dorota Jadwiga Reizer   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Kopernika 4 B   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 172258444   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690091241   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Piłsudskiego 10   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 172258444   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 256</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Witold Piotr Reizer   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Kopernika 4 B   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 172258444   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 691417495   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ ul. Piłsudskiego 10   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 172258444   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 257</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Fryderyk Jan Urban  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Roztoki/ 38-204/ Tarnowiec 123  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 502288284   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 371159285   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Indywidualna Praktyka Lekarza Rodzinnego Urban Fryderyk                                 |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Roztoki/ 38-204/ Roztoki 123  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 502288284   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 258</b> | <b>WYKREŚLENIE PODMIOTU 25.01.2021</b>  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 259</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Małgorzata Anna Szczęch   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Łańcut/ 37-100/ Wola Dalsza 319   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 177726875   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 180065675   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Indywidualna Praktyka Lekarska Małgorzata Szczęch                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Medynia Głogowska/ 37-126/ Medynia Głogowska 557  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 177726875   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 260</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "UZDROWISKO HORYNIEC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Horyniec-Zdrój/ 37-620/ ul. Sanatoryjna 3   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 166313088   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 000781032   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia uzdrowskowa   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | HORYNIEC-ZDRÓJ/ 37-620/ ul. SANATORYJNA 3   |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 166313088   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 261</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ KLAUDIUSZ SUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 10  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 14 681 77 66  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 383744471   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarska  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Dębica/ 39-200/ ul. Krakowska 10  |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 146817766   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 262</b> |   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Tomasz Krzysztof Kwiatkowski  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Przemysł/ 37-700/ ul. Monte Cassino 16B/96  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 604120222   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 651438057   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Gabinet Lekarski  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Jarosław/ 37-700/ ul. 3-go maja 47B (II piętro pokój 3)                                 |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 604120222   |                                |                                    |

## cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 263   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
|---|--|--------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | PODKARPACKIE CENTRUM LECZENIA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH<br>MEDICARPATHIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 48795795740  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 366060961  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Podkarpackie Centrum Leczenia Chorób Cywilizacyjnych<br>MEDICARPATHIA  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-302/ ul. Witolda 1   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 795795577  |                                |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 264   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
| nazwa:  | OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I<br>POŁOŻNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-083/ ul. Rymanowska 3  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 15 823 23 23   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 690679626  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet pielęgniarńki  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Konfederacji Dzikowskiej 14  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 723112323  |                                |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 265   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
| nazwa:  | AQUA-MED Mateusz Ordon   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Adama Mickiewicza 73   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 516252446  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 367817722  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnobrzeg/ 39-400/ ul. Mickiewicza 73   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 516252446  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stalowa Wola/ 37-450/ ul. Jana Pawła II 2a   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 516252446  |                                |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 266   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Amicus" s.c.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korczyna/ 38-420/ ul. Parkowa 8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 54 518   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 370479088  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AMICUS”s.c. Korczynie   |                                | <b>2</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korczyna/ 38-420/ Parkowa 8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 134354518  |                                |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 267   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE SABAMED DAKER AL SOORI, BOŻENA AL<br>SOORI SPÓŁKA JAWNA   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-006/ ul. Henryka Siemiradzkiego 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 503013644  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 180262200  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Sabamed Rzeszów   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/ 35-006/ Siemiradzkiego 6  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 17 85 06 280   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Sabamed Krasne  |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krasne/ 36-007/ Krasne 33  |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                 | 17 857 60 26   |                                |                                    |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 268   |  | szczepienie personelu          | szczepienie populacyjne            |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"BIELMED" LUCJAN<br>BIELATOWICZ, MAŁGORZATA KAMIŃSKA-BIELATOWICZ - SPÓŁKA<br>PARTNERSKA LEKARZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 5  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                | 14 68 19 781   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                               | 370479088  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Bielmed Lucjan bielatowicz, Małgorzata Kamińska<br>Bielatowicz spółka Partnerska Lekarzy  |                                | <b>1</b>                           |

**cz. VII Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Radomyśl Wielki/ 39-310/ ul. Armii Krajowej 5                            |                                | 1                                  |
| telefon/ telefony                                      | 530536178  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 269</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PUSTKÓW - OSIEDLE"                |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pustków-Osiedle/ 39-206/ Pustków-Osiedle 36B                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 146821616  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 690644817  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PUSTKÓW - OSIEDLE"                |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Pustków-Osiedle/ 39-206/ Pustków-Osiedle 36b                             |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 146821616  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 270</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MAJDANIE KRÓLEW. |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Majdan Królewski/ 36-110/ ul. Strażacka 4                                |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 15 84 71 010   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 830222703  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ nr 1 MAJDAN KRÓLEWSKI                               |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | MAJDAN KRÓLEWSKI/ 36-110/ STRAŻACKA 4                                    |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 15-8471010   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą nr 271</b> |  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Marcin Artur Kurasz  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Sanok/ 38-500/ Kochanowskiego 22   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                     | 534030959  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                    | 181056170  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                  |  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Punkt Szczepień w Bukowsku   |                                | <b>1</b>                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu      | Bukowsko/ 38-505/ Bukowsko 290   |                                |                                    |
| telefon/ telefony                                      | 534030959  |                                |                                    |

\* W - szpital wędzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))