



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

---

Rzeszów, dnia 1 lipca 2020 r.

Poz. 2794

### **OBWIESZCZENIE WOJEWODY PODKARPACKIEGO**

z dnia 1 lipca 2020 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 (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 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 01.07.2020 r.

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                               | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| 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                                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                               | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 384                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                               |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |                |
| nazwa:                                            | Stacja Dializ                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 414                                  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 294                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa:                                            | Centrum Opieki Medycznej                                                             | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421                                                                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                               | 000304496                                                                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                            | Oddział obserwacyjno-zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 16 624 51 19, 16 624 51 42                                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                          |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 16 621 54 21                                                                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                            |                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | kategoria realizowanych świadczeń |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|

|                                                   |                                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i WZW              |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| 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>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z Izbą Przyjęć |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 62 041                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                        | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne w Łańcucie<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                                                              |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                        | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Hepatologicznym      |                                          | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 56, 17 224 02 27                                             |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                        |                                          | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:                                            | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 35                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                        | 2                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |                                                                        |                                          | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:                                            | Oddział Medycyny Paliatywnej                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 93                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |                                                                        |                                          |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 00                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 6                    |                                             |  |   |  |  |  |   |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|
| nazwa:                                            | Oddział Rehabilitacyjny                     |  | X |  |  |  | X |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |  |   |  |  |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 29                                |  |   |  |  |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7                    |                                             |  |   |  |  |  |   |  |
| nazwa:                                            | Oddział Rehabilitacji Neurologicznej        |  | X |  |  |  | X |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |  |   |  |  |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 98                                |  |   |  |  |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8                    |                                             |  |   |  |  |  |   |  |
| nazwa:                                            | Oddział Neurologiczny                       |  | X |  |  |  | X |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |  |   |  |  |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 69                                |  |   |  |  |  |   |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9                    |                                             |  |   |  |  |  |   |  |
| nazwa:                                            | Oddział Udarowy                             |  | X |  |  |  | X |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 |  |   |  |  |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 69                                |  |   |  |  |  |   |  |

| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 391, 17 78 00 390                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X              |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 117                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |

|                                                   |                                               |  |   |  |  |  |   |   |   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|---|--|--|--|---|---|---|
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                  |  | X |  |  |  | X | X |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Stefana Rogozińskiego 30 |  |   |  |  |  |   |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 06 107                                  |  |   |  |  |  |   |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                               |  |   |  |  |  |   |   |   |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                   |  |   |  |  |  | X | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18         |  |   |  |  |  |   |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 000                                  |  |   |  |  |  |   |   |   |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                         | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 56 100                                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370444345                                               |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                         | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                            |                                          | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 147, 13 46 56 245, 13 46 56 246                |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć              |                                          |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 202                                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Krośnie |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 20 222                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370441499                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                     | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Zespół transportu sanitarnego                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                       | 1                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 20 222                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego<br>Samodzielny Publiczny Zakład w Mielcu |                                          |  |  |  |  |  |  |  |



| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |                                                                                                    | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| telefon/ telefony:                                |                                                                                                    | 17 78 00 552                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                               |                                                                                                    | 831364262                         |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu | 2                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                                                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 36 300                                                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |                                                                                                    | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Przemysłu Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemysł, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                | 784 403 454                                                                                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                               | 369600814                                                                                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|                                                   |                                                                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | 2                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu Medycznego                                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemysł, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefon                                  | 531 111 957, 533 644 489                                                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                    |                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                             | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                 | 17 85 26 253                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                                | 690271233                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                     | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                             | Transport Sanitarny                                 | 2                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                  | 17 86 00 500                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                             | Izba przyjęć                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                   |                                                     |  |  |  |  |  |  |   |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |  |  |  |  |  |  | X |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 85 26 253                                        |  |  |  |  |  |  |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 28 460                                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 380372046                                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu Medycznego                     | 1                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 28 460                                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 64 000                                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690697529                                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                        | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                         |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 934                                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-051 Rzeszów, ul. Tadeusza Czackiego 2                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 32 560                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000314193                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Izba przyjęć                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4                                  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |

|                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 17 861 14 51 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |                                                                                   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MEDYK Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 1                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 08 005                                                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 363621086                                                                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań materiałów do badań                                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00                                                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                             | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANITAS" s.c. Magdalena Rawska-Wnęk, Jacek Próchniak |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 69 62 32 495                                                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180408388                                                                                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                             | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Poradnia ambulatoryjnej stomatologicznej pomocy doraźnej                                    |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 81 42 637                                                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 78 000                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000308620                                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                            | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |



|                                                   |                                                      |  |  |  |  |  |   |   |   |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izłą Przyjęć Planowych |  |  |  |  |  |   |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                     |  |  |  |  |  | X | X | X |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 78 543                                         |  |  |  |  |  |   |   |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |                                                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4                                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 15 842 53 51                                                                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000312567                                                                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                           | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4                                                                       |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 33 277                                                                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |                                                             | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 63 28 100                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000306667                                                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                             | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 16 63 28 103                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Mickiewicza 168                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 632 81 00                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 |                                                                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |  |                                  |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
|---------------------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16 |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 17 85 32 770                     |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 690028840                        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>    | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> |  |  |
| nazwa:                                            |  | Izba Przyjęć Szpitala            |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16 |                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          |                       |  |  |
| telefon/ telefon                                  |  | 17 86 43 312                     |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |

|                                                    |                                                              |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                 | 17 22 71 222                                                 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                                | 000304504                                                    |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                              | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                             | Izba przyjęć                                                 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                          |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| telefon/ telefony                                  | 17 22 71 222                                                 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                    |                                                             |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                             | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16                          |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                 | 16 64 91 500                                                |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                                | 000304510                                                   |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                             | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                             | Izba przyjęć z Ambulatorium Ogólnym i Zabiegowym            |                                          |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16                          |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                  | 16 64 91 602                                                |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                             |                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | kategoria realizowanych świadczeń                                                                                    |
| nazwa:                                      | Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny<br>Imienia Świętej Rodziny Spółka z Ograniczoną<br>Odpowiedzialnością |

|                                                   |                                    |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-060 Głogów Mlp., Rudna Mała 600 |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 66 700                       |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                               | 180022507                          |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                    | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                            | Izba przyjęć                       |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-060 Głogów Mlp., Rudna Mała 600 |                               |                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 700                       |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

|                                                    |                                                                                                |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B                                                                 |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 17 77 35 740                                                                                   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                                | 180357490                                                                                      |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                             | Izba przyjęć                                                                                   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B                                                                 |                                          |                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          |                     |
| telefon/ telefony                                  | 17 77 35 703                                                                                   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

|                                                    |                                                                                             |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |                                                                                             | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                                              |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 13 43 09 552                                                                                |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                                | 000304473                                                                                   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                             | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                             | Laboratorium Diagnostyki Molekularnej, Cytogenetyki i Cytometrii                            |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                                              |                                          |                 |                    |                   |                                            | X                                         |                                            |                     |
| telefon/ telefony                                  | 13 43 07 909                                                                                |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                             |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                                                 |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                                              |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           | X                                          |                     |
| telefon/ telefony                                  | 13 43 09 552                                                                                |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                       | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa:                                            | Gabriela Gasczyk-Zapała Vita-Dental   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                | 537 426 601                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                               | 380609666                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Gabriela Gasczyk-Zapała Vita-Dental   |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 537 426 601                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                | 17 24 04 900                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                               | 000306650                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                           | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                              |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X              |
| telefon/ telefony                                 | 17 24 04 907                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                    |                                                                 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |                                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony:                                 | 15 84 12 003                                                    |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| identyfikator REGON                                | 000306680                                                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                 | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                    |                                          |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                  | 15 84 16 703                                                    |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                             |                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | kategoria realizowanych świadczeń |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|



|                                                   |                                                            |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| nazwa:                                            | <b>Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach</b>               |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-100 Ropczyce, ul. Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54 |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 18 312                                               |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                               | 690692118                                                  |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                            | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                               |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wyspiańskiego 14          |                               |                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          |                     |
| telefon/ telefony                                 | 17 22 20 092                                               |                               |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

|                                                    |                                    |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| nazwa:                                             | <b>VITAL-MED Krystyna Kuśnierz</b> |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonica 38/3L   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 57 772 03 23                       |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                                | 367001392                          |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                    | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                             | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz        |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonica 38/3L   |                                          |                 |                    | X                 |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony                                  | +48 57 772 03 23                   |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

|                                                    |                                              |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> |                                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| nazwa:                                             | <b>Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k</b> |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7         |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 16 632 03 10                                 |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| identyfikator REGON                                | 363618894                                    |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                              | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k        |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7         |                                          |                 |                    | X                 |                                            |                                           |                                            |                     |
| telefon/ telefony                                  | 16 632 03 10                                 |                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |

|                                                    |                                                                              |                                          |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |                                                                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | <b>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie</b> |                                          |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                            |                                          |  |  |  |  |  |  |  |



|                                                   |                                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| telefon/ telefony:                                | 15 84 62 651                                      |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000563298                                         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                      |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 62 651                                      |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                    |                                                                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                          | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                             | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrzeczów/38-122/Dobrzeczów 478a                                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 606 166 150                                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 180140862                                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrzeczów/38-122/Dobrzeczów 478a                                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 606 166 150                                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                    |                                                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-600 Lesko, ul. Kazimierza Wielkiego 4               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 13 46 98 071                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 370445072                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                        | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | Szpitalny Oddział Ratunkowy                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-600 Lesko, ul. Kochanowskiego 2                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 13 46 08 220                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                    |                                                                     |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2                             |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 17 86 66 001                                                        |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|--|
| identyfikator REGON                               | 690724114                               |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                         | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |  |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2 |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 001                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 2          |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 421                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                            | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie      | transport<br>sanitarny **         | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja typu<br>pretriage | punkt<br>pobrania |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-100 Strzyżów, ul. Dąbrowskiego 10       |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
| telefon/ telefony:                                | 17 27 61 201                               |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
| identyfikator REGON                               | 370482512                                  |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                            |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                               |                                   |          |             |            |                                           | X                                     | X                                         |                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-100 Strzyżów, ul. 700-lecia Strzyżowa 1 |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |
| telefon/ telefony                                 | 17 2761107                                 |                                   |          |             |            |                                           |                                       |                                           |                   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |                                                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" Im. Jana Pawła II w Górnio |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górnio, ul. Rzeszowska 5                                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
| telefon/ telefony:                                | 17 77 15 300                                                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
| identyfikator REGON                               | 000291747                                                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
|                                                   |                                                                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkty pobrania |
| nazwa:                                            | Izba przyjęć                                                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górnio, ul. Rzeszowska 5                                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |                 |
| telefon/ telefon                                  | 17 77 15 300                                                                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                 |

|                                             |                                                                     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | kategoria realizowanych świadczeń                                   |
| nazwa:                                      | Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu |

|                                                   |  |                                    |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
|---------------------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1 |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 15 81 23 001                       |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 000312573                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b>      | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> |  |  |
| nazwa:                                            |  | Szpitalny Oddział Ratunkowy        |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1 |                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          |                       |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 15 81 23 001                       |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |  |  |

|                                                    |                                                                     |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>                            |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| telefon/ telefony:                                 | 13 461 10 28; 13 476 91 28                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| identyfikator REGON                                | 370444598                                                           |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              | <b>transport sanitarny **</b>                                       | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrania</b> |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                        |                 |                    |                   |                                            |                                           | X                                          |                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |
| telefon/ telefony                                  | 13 461 10 28; 13 476 91 28                                          |                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                       |

| 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Fundacja Medi3             |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefon                                  | 667 224 896                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                    |                                  |                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| 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. Grottgera 4                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 604 578 811                                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 180256346                                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                      | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grottgera 4                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 604 578 811                                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       |                                                                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kepińskiego 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 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrania |
| nazwa:                                            | Izba Przyjęć                                |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. Tadeusza Kościuszki 18 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 14 611                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |                |

|                                                    |                                                                                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| 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                                                                                  |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                            | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | Izba Przyjęć Szpitala                                                                      |                                          |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-710 Żurawica, ul. Różana 9                                                              |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 16 67 23 003                                                                               |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu