



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

---

Rzeszów, dnia 23 października 2020 r.

Poz. 3978

**OBWIESZCZENIE**  
**WOJEWODY PODKARPACKIEGO**  
**z dnia 23 października 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 24.10.2020 r.

|                                                   |                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |                                   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 03 621                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 851643503                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                   | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital                           |                                          | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I i II                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 14 67 03 621                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Stacja Dializ                     |                                          | X                                        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              | nd                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 414                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                             | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Centrum Opieki Medycznej                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000304496                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                             | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Centrum Opieki Medycznej Leczenie Szpitalne |                                          | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 13 388                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny w Jasle |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 13 44 37 503                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 370444486                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                 | transport sanitarny **                   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Centrum Szpitalne Jasło         |                                          | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I i II                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 544, 13 44 37 529      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | <b>Centrum Medyczne w Łańcutcie<br/>Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością</b> |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 łañcutt, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 40 100                                                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 180405906                                                                       |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                 |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            | Szpitalna Opieka Stacjonarna                                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 łañcutt, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 00                                                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                 |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            | Pozaszpitalna Opieka Stacjonarna                                                |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 łañcutt, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 80                                                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                                                 | <b>2</b>                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu Sanitarnego                                                   |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 łañcutt, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 80                                                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                              | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego<br>w Mielcu |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 100                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000308637                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                              | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital                                                      |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefonv                                 | 17 78 00 100                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                 |                                          |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyśle |                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |                                          |
| telefon/ telefony:                                | 16 67 75 000                                    |                                          |
| identyfikator REGON                               | 000314684                                       |                                          |

[illegible]

|                                                   |                                                         |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital SPZOZ w Sanoku                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefonv                                 | 13 46 56 100                                            |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   | X                                                       |                                          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I III                            |

|                                                   |                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Zespół transportu sanitarnego                       | 2                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | M-1          | nd                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu | 4                      |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | M-3          | nd                               |
| 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 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 784 403 454                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 369600814                                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu Medycznego                                                                       | 3                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | M-2          | nd                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 531 111 957, 533 644 489                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                                    | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Punkt Pobrań                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 578 007 357                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księża Józefa Poniatowskiego 4  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 17 85 26 253                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 690271233                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Transport Sanitarny                                 | 2                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księża 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 | S, M-1 | nd |
| telefon/ telefony                                 | 17 85 26 253, 17 852 64 36                          |  |  |  |  |  |  |   |        |    |

| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu Medycznego                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                | 1                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Ośrodek Świadczeń Szpitalnych (Szpital Ogólny)                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                         |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I i III                          |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 000                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

[illegible]

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |                                                                                   | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MEDYK Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                    |                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S, M-2       | nd                               |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań materiałów do badań                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Kwiatkowskiego 1                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 517 300 828                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 1                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 517 194 743                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |                                                                                   |                                   |                                          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| nazwa:                                            | Izolatorium - Pałac Ostoya                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-002 Jasionka 1D                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 501 427 278                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            | nd                               |
| nazwa:                                            | Punkt pobrań                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Partyzantów 21                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 17 788 92 26, 517 194 743                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                |                                   |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                                | kategoria realizowanych świadczeń |
| nazwa:                                            | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANITAS" s.c.<br>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                                                                                   |                                   |

[illegible]

|                                                   |                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital                                                    |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefon                                  | 13 43 78 000                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                                                                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                             | <b>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli</b> |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4                                                                              |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 15 842 53 51                                                                                                     |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000312567                                                                                                        |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny                                                                                          |                                          | X                                               |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          | S                   | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4                                                                              |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 15 84 33 205                                                                                                     |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Oddział Psychiatryczny                                                                                           |                                          | X                                               |                    |                   |                                            | X                                         |                                            |                     | III                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4                                                                              |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 15 843 31 06                                                                                                     |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |



|                                                   |                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SPZOZ Szpital Powiatowy im. dr. Ludwika Rydygiera           |                                   | X                                        |             | X          |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 16 63 28 100                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| 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/ telefonny:                               | 17 85 32 770                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 690028840                                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | Szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie                                        |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefonny                                | 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>              | <b>transport sanitarny **</b>                                | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital                                                      |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 17 22 71 222                                                 |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
|                                                    | X                                                            |                                                 |                    |                   |                                            | X                                         | X                                          | S                   | I                                       |



|                                                   |                                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                                                                                | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki<br>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                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                                                | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital                                                                                        |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 09 552                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                       | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Gabriela Gasczyk-Zapala 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Gabriela Gasczyk-Zapala Vita-Dental   |                                   |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital p.w. Matki Bożej Pocieszenia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 17 24 04 907                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                 | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy im. PCK                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 16 703                                                    |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                            | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Sędziszowie Młp.                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wypiańskiego 14           |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 17 22 20 092                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                    |                                   |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> |                                   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| nazwa:                                             | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz       |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 57 772 03 23                      |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| identyfikator REGON                                | 367001392                         |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz       |                                          |                                                 |                    | X                 |                                            |                                           |                                            |                     | nd                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |
| telefon/ telefony                                  | +48 57 772 03 23                  |                                          |                                                 |                    |                   |                                            |                                           |                                            |                     |                                         |

|                                                   |                                       |                                   |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |                                       | kategoria realizowanych świadczeń |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7  |                                   |



|                                                    |                                                        |                                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                        | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| 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                                              |                                          |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital Powiatowy w Lesku          |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-600 Lesko, ul. Kochanowskiego 2 |                        | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | S            | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 08 220                       |                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                                                     | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital Ogólny                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2                             |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 001                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Zakład Lecznicy Szpital Podkarpackie Centrum Chorób Płuc            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycka 2                                         |                                   | X                                        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 421                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie      | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja<br>w kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja typu<br>pretriage | punkt<br>pobrań | Poziom<br>zabezpieczeni-<br>COVID - 19 |
| 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:                                            | Szpital Powiatowy w Strzyżowie             |                                   |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-100 Strzyżów, ul. 700-lecia Strzyżowa 1 |                                   |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 17 27 61 107                               |                                   | X                                                 |             |            |                                           | X                                     | X                                         | S               | I                                      |

|                                                   |                                                                                                  |                                   |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |                                                                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" Im. Jana Pawła II w Górnice |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górnice, ul. Rzeszowska 5                                                                 |                                   |

|                                                   |  |                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| telefon/ telefony:                                |  | 17 77 15 300                           |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 000291747                              |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            |  | Zakład Lecznicy Lecznictwa Szpitalnego |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | 36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5         |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefon                                  |  | 17 771 53 00                           |                                          | X           |            |                                     |                                    | X                                   |              | I III                            |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |                                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowski<br>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                                                            |                                   |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                      | transport<br>sanitarny **         | leczenie/<br>obserwacja<br>w kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja typu<br>pretriage | punkt<br>pobrań | Poziom<br>zabezpieczenia<br>COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu                                     | X                                 |                                                   |             |            |                                           | X                                     | X                                         | S               | I                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1                                   |                                   |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |
| telefon/ telefony                                 | 15 81 23 001                                                         |                                   |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                           |                 |                                        |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-700 Ustrzki Dolne, ul. 29 Listopada 57                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 13 461 10 28; 13 476 91 28                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 370444598                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                     | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital Ogólny                                                      |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    | X                                   | S            | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-700 Ustrzki Dolne, ul. 29 Listopada 57                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 13 461 10 28; 13 47 69 128                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                    |                            |                                          |
|----------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| 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/<br>obserwacja<br>w kierunku<br>COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja typu<br>priortriage | punkt<br>pobrań | Poziom<br>zabezpieczenia:<br>COVID - 19 |
|----------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                             | Fundacja Medi3             |                        |                                                   |             | X          |                                           |                                       |                                             |                 |                                         |
| adres: miejscowość / kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |                        |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                             |                 | nd                                      |
| telefon/ telefon                                   | 667 224 896                |                        |                                                   |             |            |                                           |                                       |                                             |                 |                                         |

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

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

|                                                    |                                                      |                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                      | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| nazwa:                                             | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przemysł/37-300/ul. Grottegera 4                     |                                          |
| telefon/ telefony:                                 | 604 578 811                                          |                                          |
| identyfikator REGON                                | 180256346                                            |                                          |

|                                                    |                                         |                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                         | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| nazwa:                                             | American Heart of Poland Spółka Akcyjna |                                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 43-450 Ustroń, ul. Sanatoryjna 1        |                                          |
| telefon/ telefony:                                 | 32 76 04 600                            |                                          |
| identyfikator REGON                                | 072347621                               |                                          |





| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Diaverum Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                   | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 04-769 Warszawa, ul. Cylichowska 13/15                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 516 06 00                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 140878910                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           | 1                                 | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| nazwa:                                            | Stacja Dializ                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 16 677 51 51                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50       |                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | CARITAS ARCHIDIECEZJI PRZEMYSKIEJ                                         | transport sanitarny **            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Kapitulna 1                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 69 59 30 784                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 040038655                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                                                           |                                   |                                          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              | nd                               |
| nazwa:                                            | Centrum Medycno-Charytatywne im. Św. Józefa<br>Izolatorium - budynek nr 2 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Słowackiego 85                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 664 396 593                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

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

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

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

|                                                                                                                                |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT     | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |

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

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