**CZĘŚĆ IB.**
**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**
**(program szczepień populacyjnych)**

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
|---|---|---|
| nazwa: | CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 137 | |
| telefon/ telefony: | 22 508 20 00 | |
| identyfikator REGON | 006472651 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM SZCZEPIEŃ | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 137 | |
| telefon/ telefony | 22 508 15 52 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-567, UL. SANDOMIERSKA 5/7 | |
| telefon/ telefony | 47 721 34 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. MICKIEWICZA 5 | |
| telefon/ telefony | 47 703 14 42 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-615, UL. ORLĄT LWOWSKICH 5 | |
| telefon/ telefony | 48 367 34 41 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 66 | |
| telefon/ telefony | 47 707 21 89 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.05.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | STADION NARODOWY - SZPITAL TYMCZASOWY MSWIA - WEJŚCIE DO PUNKTU SZCZEPIEŃ BRAMA NR 5; WJAZD NA PARKING BRAMA NR 6 | **10** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-901, UL. PONIATOWSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 503 944 720 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. CHŁODNA 4 | |
| telefon/ telefony | 477 072 189 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKTU SZCZEPIEŃ MSWIA - STADION NARODOWY - WEJŚCIE DO PUNKTU SZCZEPIEŃ BRAMA NR 5; WJAZD NA PARKING BRAMA NR 6 | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-901, UL. PONIATOWSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 503 944 720 | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZAKAŹNY W WARSZAWIE | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-201, UL. WOLSKA 37 | |
| telefon/ telefony: | 22 335 52 25 | |
| identyfikator REGON | 000297945 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB ZAKAŹNYCH | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-201, UL. WOLSKA 37 | |
| telefon/ telefony | 22 335 53 56 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 19 | |
| telefon/ telefony: | 24 364 61 00 | |
| identyfikator REGON | 000650070 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA WINIARACH | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 22 | |
| telefon/ telefony | 24 364 63 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY - WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W PŁOCKU | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MEDYCZNA 19 | |
| telefon/ telefony | 24 364 63 00 /24 364 63 01 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.04.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. LEKARSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 361 51 42 | |
| identyfikator REGON | 000315086 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB ZAKAŹNYCH DLA DZIECI | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. ADOLFA TOCHTERMANA 1 | |
| telefon/ telefony | 48 361 54 74 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY - RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. ADOLFA TOCHTERMANA 1 | |
| telefon/ telefony | 48 361 53 00 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DOM KULTURY "IDALIN" | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. BLUSZCZOWA 4/8 | |
| telefon/ telefony | 48 361 53 00 | |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU W RADOMIU | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-617, UL. DĘBOWA 4 | |
| telefon/ telefony | 48 361 53 00 | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL.SADOWA 9 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 29 753 43 18 | |
| identyfikator REGON | 000302480 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL.SADOWA 9 | |
| telefon/ telefony: | 29 753 43 89 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - W ZESPOLE SZKÓŁ POWIATOWYCH W PRZASNYSZU | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ, 06-300, UL. SADOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 501 583 424 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ, 06-300, UL. SADOWA 9 | |
| telefon/ telefony: | 501 583 424 | |
| Data dodania do wykazu | 22.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRUSZKOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL.ARMII KRAJOWEJ 2/4 | |
| telefon/ telefony: | 22 758 80 02 | |
| identyfikator REGON | 000310290 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYSZPITALNA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL.ARMII KRAJOWEJ 2/4 | |
| telefon/ telefony: | 664 118 792 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZZOZ W PRUSZKOWIE | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW, 05-800, UL. ANDRZEJA 23 | |
| telefon/ telefony: | 510 533 617 | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 25.11.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NOWODWORSKIE CENTRUM MEDYCZNE W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. MIODOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 765 83 08 | |
| identyfikator REGON | 000306733 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. PADEREWSKIEGO 7 | |
| telefon/ telefony: | 22 775 21 62 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM 05-170, UL. RYNEK 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 785 00 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 05-152, CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 118 | |
| telefon/ telefony: | 22 785 21 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI LEKARSKIEJ UL. MIODOWA 2 | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. MIODOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 765 83 43 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NOWODWORSKI OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. SPORTOWA 66 | |
| telefon/ telefony: | 22 775-47-40 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKOLNO - PRZEDSZKOLNY NR 4 W NOWYM DWORZE MAZOWIECKIM | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-160, UL. GEN. J. BEMA 312 | |
| telefon/ telefony: | 22 775-47-40 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - GMINNY OŚRODEK KULTURY W ZAKROCZYMIU | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKROCZYM, 05-170, UL. JANA CHYLICKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 775-47-40 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - OŚRODEK KULTURY W POMIECHÓWKU | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POMIECHÓWEK, 05-180, UL. JANA KILIŃSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 775 47 40 | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - WIEJSKI OŚRODEK KULTURY W NOWYM MIEŚCIE | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO, 09-120, ZIELONY RYNEK 30 | |
| telefon/ telefony: | 22 775 47 40 | |
| Data dodania do wykazu | 09.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM.ŚW. JANA PAWŁA II | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 755 55 17 | |
| identyfikator REGON | 000311639 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL.DALEKA 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 755 55 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. 3 MAJA 57 | |
| telefon/ telefony: | 22 120 29 06 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU - SZCZĘSNE | **4 - 8** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZĘSNE, 05-825, UL. KAWKI 23 | |
| telefon/ telefony: | 668 010 259 | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19 SZPITALA ZACHODNIEGO | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BAIRDA 40A | |
| telefon/ telefony: | 22 724 21 21 | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2022 R. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. BATOREGO 44 | |
| telefon/ telefony: | 22 778 26 10 | |
| identyfikator REGON | 146378640 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 778 12 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. MICKIEWICZA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 778 12 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - OTWOCKIE PWiK - MIASTECZKO NAMIOTOWE NA OBIEKCIE | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. KARCZEWSKA 48 | |
| telefon/ telefony: | 22 778 12 11; 22 778 12 00 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.12.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ W RESTRUKTURYZACJI | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. BATOREGO 44, BUDYNEK C | |
| telefon/ telefony: | 573 102 655,573 102 657 | |
| Data dodania do wykazu | 03.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W WOŁOMINIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL.GDYŃSKA 1/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 763 32 59 | |
| identyfikator REGON | 000310315 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY OGÓLNY | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, GDYŃSKA 1/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 763 32 37 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE IM. BITWY WARSZAWSKIEJ 1920 r. W RADZYMINIE - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN 05-250, UL.KONSTYTUCJI 3 MAJA 17 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 22-760-71-70 | |
| identyfikator REGON | 010124527 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN 05-250, UL.KONSTYTUCJI 3 MAJA 17 | |
| telefon/ telefony: | 22 760 72 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ FILIA W WOLI RASZTOWSKIEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA RASZTOWSKA 05-253, UL. OSIEDLOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 760 71 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ FILIA W DĄBRÓWCE - PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBRÓWKA 05-252, UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 16 | |
| telefon/ telefony: | 22 760 72 03 | |
| Data dodania do wykazu | 26.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - RADZYMIŃSKI OŚRODEK KULTURY I SPORTU | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN, 05-250, JANA PAWŁA II 20 | |
| telefon/ telefony: | 571-552-875 | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZWOLENIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. ALEJA POKOJU 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 677 91 99 | |
| identyfikator REGON | 670204896 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. LUDOWA 7A | |
| telefon/ telefony: | 48 677 91 99/501 556 354 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. ALEJA POKOJU 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 677 91 99/501 556 354 | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-617, UL.JULIANA ALEKSANDROWICZA 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 361 39 00 | |
| identyfikator REGON | 670209356 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY NR 13 | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-617, UL.JULIANA ALEKSANDROWICZA 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 361 39 00/48 361 31 23 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL PRASKI P.W. PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67 | |
| telefon/ telefony: | 22 555 12 22 | |
| identyfikator REGON | 012298823 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRZYSZPITALNA SZPITALA PRASKIEGO UL. JASIŃSKIEGO | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67 | 1 |
| telefon/ telefony: | 22 555 11 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 378 13 91 | |
| identyfikator REGON | 671968710 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W LIPSKU - GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL.JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 378 12 11/48 378 18 87 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL.TOMASZOWSKA 43 | |
| telefon/ telefony: | 48 674 38 00 | |
| identyfikator REGON | 670205424 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL.SPACEROWA 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 674 38 87 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ - SZPITAL W IŁŻY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁŻA 27-100, UL.BODZENTYŃSKA 17 | |
| telefon/ telefony: | 48 616 30 63 | |
| identyfikator REGON | 670902293 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁŻA 27-100, UL. SIEDZIKÓWNY INKI 4 | |
| telefon/ telefony: | 570 550 123 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL.BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | |
| telefon/ telefony: | 46 864 95 40 | |
| identyfikator REGON | 017222233 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL W SOCHACZEWIE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7 | |
| telefon/ telefony: | 46 864 95 52 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MOSiR W SOCHACZEWIE | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW, 96-500, UL. OLIMPIJSKA 3 | |
| telefon/ telefony: | 509 504 374 | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | 26.07.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MIĘDZYLESKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-749, UL.BURSZTYNOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 473 53 30 | |
| identyfikator REGON | 010669853 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-749, BURSZTYNOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 473 54 47 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 679 72 00 | |
| identyfikator REGON | 670146450 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE, 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 679 72 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOZIENICACH | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE, 26-900, UL.SIKORSKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 679 71 57 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWI MAZOWIECKIEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL.DUBOISA 68 | |
| telefon/ telefony: | 29 746 37 11 | |
| identyfikator REGON | 000306756 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. OKRZEI 8 | |
| telefon/ telefony: | 29 746 20 16/29 746 20 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA PRZY LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM IM. M. KOPERNIKA | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA, 07-300, UL. T. KOŚCIUSZKI 36 | |
| telefon/ telefony: | 29 746 20 17 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 27.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKOŁOWIE PODLASKIM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL.KS. J. BOSKO 5 | |
| telefon/ telefony: | 25 781 72 00 | |
| identyfikator REGON | 000306779 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIE (GABINETY) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI, 08-300, UL.KS. J. BOSKO 5 | |
| telefon/ telefony: | 25 781 73 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ NR 1 IM K. K. BACZYŃSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI, 08-300, UL. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE 24 | |
| telefon/ telefony: | 539 145 415 | |
| Data dodania do wykazu | 18.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĘGROWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, UL.KOŚCIUSZKI 15 | |
| telefon/ telefony: | 25 792 28 33 | |
| identyfikator REGON | 000304622 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY W WĘGROWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100,UL. KOŚCIUSZKI 201 | |
| telefon/ telefony: | 25 506 54 31 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W WĘGROWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100,UL. PRZEMYSŁOWA 7 | |
| telefon/ telefony | 25 792 32 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W ŁOCHOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOCHÓW 07-130, UL. ALEJA POKOJU 73 | |
| telefon/ telefony | 25 675 12 29 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W WYSZKOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-100, WYSZKÓW 49A | |
| telefon/ telefony | 25 793 14 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W CZERWONCE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWONKA 07-100 , CZERWONKA 10 | |
| telefon/ telefony | 25 791 23 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SALA GIMNASTYCZNA PO BYŁYM GIMNAZJUM LIWSKIM | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW, 07-100, UL MICKIEWICZA 23 A | |
| telefon/ telefony | 25 308 12 30 | |
| Data dodania do wykazu | 05.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL.LUBELSKA 50 | |
| telefon/ telefony: | 25 684 49 49 | |
| identyfikator REGON | 712353954 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL. STASZICA 18 | |
| telefon/ telefony: | 605 886 770 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL - PUNKT SZCZEPIEŃ - UL. LUBELSKA 50 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL. LUBELSKA 50 | |
| telefon/ telefony: | 605 886 770 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL.POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 672 32 71/4 | |
| identyfikator REGON | 000311622 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL.POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 673 03 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL.SZPITALNA 37 | |
| telefon/ telefony: | 25 506 51 00 | |
| identyfikator REGON | 712351100 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300,UL. KOŚCIUSZKI 9 | |
| telefon/ telefony: | 609 103 464/609 169 464 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPZOZ PRZYCHODNIA "MIŁA"-FILIA NR 1 W WOŁOMINIE | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. MIŁA 14 A | |
| telefon/ telefony: | 22 599 65 65 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIŃSKU MAZOWIECKIM - SZPITAL POWIATOWY - UL. SZPITALNA | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. SZPITALNA 37 | |
| telefon/ telefony: | 609 103 464/609 169 464 | |
| Data dodania do wykazu | 16.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA MIEJSKIEGO OŚRODKA SPORTU I REKREACJI W MIŃSKU MAZOWIECKIM | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO 56 | |
| telefon/ telefony: | 609 103 464 | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 10.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - ZESPÓŁ ZAKŁADÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL.WITOSA 2 | |
| telefon/ telefony: | 29 714 24 00 | |
| identyfikator REGON | 000304591 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL.WITOSA 2 | |
| telefon/ telefony: | 29 714 23 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ ZAWODOWYCH IM. ŻOŁNIERZY ARMII KRAJOWEJ, MAKÓW MAZOWIECKI | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200, UL. DUŃSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA 7 | 2 |
| telefon/ telefony: | 573 144 118 | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE, 08-200, UL.SŁONECZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 83 357 32 31 | |
| identyfikator REGON | 000304585 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE, 08-200, UL.SŁONECZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 83 357 32 31 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PRZYCHODNIA ZDROWIA W ŁOSICACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE, 08-200, UL.SŁONECZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 515 365 736 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻUROMINIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻUROMIN 09-300, UL.SZPITALNA 56 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 22 01 | |
| identyfikator REGON | 000301279 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻUROMIN 09-300, UL.SZPITALNA 56 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 22 01 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUCZBORK 09-310, UL. MICKIEWICZA 7D | |
| telefon/ telefony | 23 657 63 35 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.02.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SYBERIA 09-304, SYBERIA 50 | |
| telefon/ telefony | 23 657 37 02 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.02.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELUŃ 09-304, UL. ŚWIĘTOJAŃSKA 6 | |
| telefon/ telefony | 23 658 24 06 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.02.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIĄTKOWO 09-135, UL. REYMONTA 3 | |
| telefon/ telefony | 23 679 60 09 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LUX MED ONKOLOGIA SP.Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-748, UL.SZAMOCKA 6 | |
| telefon/ telefony: | 22 430 88 50 | |
| identyfikator REGON | 360493191 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Fieldorfa | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-125, UL. FIELDORFA 40 | |
| telefon/ telefony: | 22 430 87 00 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szptal Szamocka | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA,01-748, UL. SZAMOCKA 6 | |
| telefon/ telefony: | 22 430 87 00 | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIERPCU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL.JULIUSZA SŁOWACKIEGO 32 | |
| telefon/ telefony: | 24 275 85 01 | |
| identyfikator REGON | 000306762 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO ZABIEGOWY | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. SŁOWACKIEGO 16 | |
| telefon/ telefony: | 24 275 29 44 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KULTURY I SZTUKI W SIERPCU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC, 09-200, UL. PIASTOWSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 571 335 476 | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - FILIA POZ W GOLESZYNIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSZEWO, 09-200, UL. MEDYCZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 11 12 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MŁAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. ANNY DOBRSKIEJ 1 | |
| telefon/ telefony: | 23 654 32 35 | |
| identyfikator REGON | 000302474 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. 18-STYCZNIA 4 | |
| telefon/ telefony: | 23 654 33 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCYNY LOTNICZEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755, UL.KRASIŃSKIEGO 54/56 | |
| telefon/ telefony: | 26 185 28 73 | |
| identyfikator REGON | 010132188 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755, UL.KRASIŃSKIEGO 54/56 | |
| telefon/ telefony: | 26 185 29 88 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NARODOWY INSTYTUT GERIATRII, REUMATOLOGII I REHABILITACJI IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-637, UL.SPARTAŃSKA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 844 77 97 | |
| identyfikator REGON | 000288567 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ PORADNI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-637, UL.SPARTAŃSKA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 670 93 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO (SZPITAL NA LINDLEYA) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WASZAWA 02-097, UL. BANACHA 1A | |
| telefon/ telefony: | 22 599 15 00 | |
| identyfikator REGON | 000288975 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-608, UL. EMILII PLATER 21 | |
| telefon/ telefony: | 22 502 11 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.02.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ, UL. LINDLEYA 4 | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-005, UL. LINDLEYA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 502 11 60 | |
| Data dodania do wykazu | 26.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.10.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-141, UL. SZASERÓW 128 | |
| telefon/ telefony: | 261 817 666 | |
| identyfikator REGON | 015294487 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-141, UL. SZASERÓW 128 | |
| telefon/ telefony: | 261 817 858 /261 817 589 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY, SZPITAL W LEGIONOWIE | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 381 25 25 | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL.TADEUSZA KOŚCIUSZKI 28 | |
| telefon/ telefony: | 24 364 51 00 | |
| identyfikator REGON | 611416590 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PŁOCKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ-PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. MIODOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 24 364 53 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 91 00 | |
| identyfikator REGON | 142203546 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE W GRÓJCU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 91 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL SOLEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-382, UL.SOLEC 93 | |
| telefon/ telefony: | 22 250 62 48 | |
| identyfikator REGON | 142628955 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-382, UL.SOLEC 99 | |
| telefon/ telefony: | 22 690 06 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY W SZPITALU POŁUDNIOWYM | **5** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 99 | |
| telefon/ telefony: | 22 166 91 11/22 166 91 12 | |
| Data dodania do wykazu | 19.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL BRÓDNOWSKI W WARSZAWIE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-242, UL.KONDRATOWICZA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 326 59 87/22 326 58 00 | |
| identyfikator REGON | 141983460 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-242, UL.KONDRATOWICZA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 326 59 75 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARION MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-854, UL.KAZIMIERZA KRÓLA 39 | |
| telefon/ telefony: | 24 236 09 00 | |
| identyfikator REGON | 060690742 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GORZEWO 09-500, UL.KRUK 5 | |
| telefon/ telefony: | 24 369 60 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30 | |
| telefon/ telefony: | 46 855 20 11 | |
| identyfikator REGON | 143149671 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30 | |
| telefon/ telefony: | 46 854 33 88 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM ZDROWIA MAZOWSZA ZACHODNIEGO SP. Z O.O., BUDYNEK N | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW, 96-300, UL.LIMANOWSKIEGO 30 | |
| telefon/ telefony: | 515 410 257 | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK 06-102, UL.TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19 | |
| telefon/ telefony: | 23 691 99 01 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 361505810 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY DLA LEKARZA POZ | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK 06-100, UL. 3 MAJA 5 | |
| telefon/ telefony: | 23 692 52 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA PRZY PUBLICZNEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 3 Z ODDZIAŁAMI INTEGRACYJNYMI IM. TADEUSZA KOŚCIUSZKI W PUŁTUSKU | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK, 06-100, ALEJA TYSIĄCLECIA 14 | |
| telefon/ telefony: | 509-322-578 | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 03.12.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL POWIATOWY GAJDA-MED SP. Z O.O. | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK, 06-102, UL.TEOFILA KWIATKOWSKIEGO 19 | |
| telefon/ telefony: | 509-322-578 | |
| Data dodania do wykazu | 03.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ELŻBIETA WYSOCKA-ADAMUS NZOZ MEDICA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REGIMIN 06-461, UL. DOBRZYNIECKIEJ 5 | |
| telefon/ telefony: | 23 681 15 15 | |
| identyfikator REGON | 13028039000077 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REGIMIN 06-461, UL. DOBRZYNIECKIEJ 5 | |
| telefon/ telefony | 23 681 15 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERNICE BOROWE 06-415, UL. CEŁCHOWSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 23 667 460 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJCIECH KOCOŃ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LECZNICA MEDEA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1 | |
| telefon/ telefony: | 22 639 80 89 | |
| identyfikator REGON | 12429751 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1 | |
| telefon/ telefony | 22 639 80 89 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ JOANNA JACKOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUSZCZA MARIAŃSKA, 96-330, UL. SOBIESKIEGO 42 | |
| telefon/ telefony: | 46 831 81 19 | |
| identyfikator REGON | 14177128300037 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUSZCZA MARIAŃSKA, 96-330, UL. SOBIESKIEGO 42 | |
| telefon/ telefony | 516 339 289 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIWIŁŁÓW 96-332, UL. WARSZAWSKA 15B | |
| telefon/ telefony | 519 456 946 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZREŃ-MED." S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZREŃSK 06-550, UL. BIEŻUŃSKA 14 | |
| telefon/ telefony: | 23 653 40 12/504 580 377 | |
| identyfikator REGON | 130851250 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZREŃSK 06-550, UL. BIEŻUŃSKA 24 | |
| telefon/ telefony | 23 653 40 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM-MED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŃCZYCE 08-460, GOŃCZYCE 12 | |
| telefon/ telefony: | 25 683 36 32 | |
| identyfikator REGON | 711644320 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŃCZYCE 08-460, GOŃCZYCE 12 | |
| telefon/ telefony | 25 683 36 32 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.06.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE "JUMO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 47/U15 | |
| telefon/ telefony: | 22 403 52 10 | |
| identyfikator REGON | 014864215 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 8 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 47/U15 | |
| telefon/ telefony | 22 403 52 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. ORLA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 762 93 67 | |
| identyfikator REGON | 17348537 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. ORLA 1 | |
| telefon/ telefony | 509 939 303 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-MIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA W ZIELONCE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKA 05-220, UL. MICKIEWICZA 18 | |
| telefon/ telefony: | 22 763 57 00 | |
| identyfikator REGON | 16180722 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKA 05-220, UL. MICKIEWICZA 18 | |
| telefon/ telefony | 22 763 57 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | RENATA BLUKACZ JUSTYNA GRZYWACZ MEDICAL OFFICE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-995, UL. LIGUSTROWA 23L | |
| telefon/ telefony: | 22 434 21 50 | |
| identyfikator REGON | 15586238 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-973, UL. BELGRADZKA 42 | |
| telefon/ telefony | 22 641 20 06/22 424 21 50/517 863 195 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-973, UL. BELGRADZKA 48/7 | |
| telefon/ telefony | 22 641 20 06 | |
| Data dodania do wykazu | 19.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TER-MED SP. ZO.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TERESIN 96-515, UL. SZYMANOWSKA 17 | |
| telefon/ telefony: | 46 861 37 06 | |
| identyfikator REGON | 16258708 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TERESIN 96-515, UL. SZYMANOWSKA 17 | |
| telefon/ telefony | 46 861 37 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICINES"- KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI 09-454, NOWE ŁUBKI 5A | |
| telefon/ telefony: | 24 265 13 12 | |
| identyfikator REGON | 611052290 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE ŁUBKI 09-454, NOWE ŁUBKI 5A | |
| telefon/ telefony | 24 265 13 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANOWO 09-451, UL. KREDYTOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 265 72 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BORKOWICACH MARCIN NIEWCZAS, JULITA NIEWCZAS LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORKOWICE 26-422, UL. OGRODOWA 11 | |
| telefon/ telefony: | 48 675 70 65 | |
| identyfikator REGON | 67300600000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BORKOWICE 26-422, UL. OGRODOWA 11 | |
| telefon/ telefony | 48 675 70 65 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PILAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA 08-440, UL. WOJSKA POLSKIEGO 16 | |
| telefon/ telefony: | 25 685 61 74 | |
| identyfikator REGON | 711649061 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA 08-440, UL. WOJSKA POLSKIEGO 16 | |
| telefon/ telefony | 25 685 61 74 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FORMEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-908, UL. BEREZYŃSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 22 616 22 15 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 15771591 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-908, UL. BEREZYŃSKA 39 | |
| telefon/ telefony | 22 616 22 15/534 489 396 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "PRIMO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-402, UL. GRUNWALDZKA 13 | |
| telefon/ telefony: | 22 710 18 01 | |
| identyfikator REGON | 16267653 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-402, UL. GRUNWALDZKA 13 | |
| telefon/ telefony | 22 710 18 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, UL. KRASZEWSKIEGO 95 | |
| telefon/ telefony | 22 812 81 81 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POZ-MEDICUM SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. T. MAZOWIECKIEGO 7K | |
| telefon/ telefony: | 48 365 56 24 | |
| identyfikator REGON | 671963121 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POZ-MEDICUM SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. T. MAZOWIECKIEGO 7K | |
| telefon/ telefony | 48 365 56 24 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500,UL. CZAJEWICZA 5/7 | |
| telefon/ telefony: | 22 735 00 36 | |
| identyfikator REGON | 01325779500023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500,UL. CZAJEWICZA 5/7 | |
| telefon/ telefony | 22 462 77 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN JEZIORNA, 05-510, UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20 B | |
| telefon/ telefony | 22 44 666 44 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | USTANÓW, 05-540, UL. SŁOWICZA 1 A | |
| telefon/ telefony | 22 44 666 44 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. WYSOCKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony: | 48 670 29 99 | |
| identyfikator REGON | 670229643 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. WYSOCKIEGO 12 | 3 |
| telefon/ telefony | 48 670 29 93 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INSTYTUT "POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-730, AL. DZIECI POLSKICH 20 | |
| telefon/ telefony: | 22 815 16 00 | |
| identyfikator REGON | 000557961 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-730, AL. DZIECI POLSKICH 20 | |
| telefon/ telefony | 22 815 77 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.08.2021 r. - 31.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZ RODZINNY LEK. MED. MARIOLA ŻOŁYNIAK-JABŁOŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. KONOPNICKIEJ 50 | |
| telefon/ telefony: | 48 615 70 06 | |
| identyfikator REGON | 670880002 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY Z PUNKTEM SCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. KONOPNICKIEJ 50 | |
| telefon/ telefony | 48 615 70 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ONKOLMED LECZNICA ONKOLOGICZNA S.C | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. NOWOURSYNOWSKA 139L | |
| telefon/ telefony: | 501 367 995 | |
| identyfikator REGON | 142334030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. NOWOURSYNOWSKA 139L | |
| telefon/ telefony | 797 581 010/22 643 45 03 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "MEDICUS" LEKARZE: EWA SUCHECKA, IWONA WRÓBLEWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 11/2 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 57 80 | |
| identyfikator REGON | 551292830 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOSIODŁO 07-210, UL. MICKIEWICZA 15 | |
| telefon/ telefony | 29 741 22 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE 1" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. STASZICA 6/8 | |
| telefon/ telefony: | 48 363 46 14 | |
| identyfikator REGON | 671964847 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. STASZICA 6/8 | |
| telefon/ telefony | 571 486 673 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM LECZNICZO-USŁUGOWE IMIENIA ŚWIĘTEJ ANNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. JANA KOCHANOWSKIEGO 22A | |
| telefon/ telefony: | 24 367 33 10/24 367 33 20 | |
| identyfikator REGON | 145411713 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. JANA KOCHANOWSKIEGO 22A | |
| telefon/ telefony | 24 367 33 10/24 367 33 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA „OBOZISKO" SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4/1 | |
| telefon/ telefony: | 48 364 10 58 | |
| identyfikator REGON | 671966450 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA „OBOZISKO" SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4/1 | |
| telefon/ telefony | 48 364 10 58 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FAGMET PRZYCHODNIE SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-545, UL. MARSZAŁKOWSKA 68/70 | |
| telefon/ telefony: | 46 854 21 88 | |
| identyfikator REGON | 383528419 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL.POLSKIEJ ORGANIZACJI WOJSKOWEJ 5 | |
| telefon/ telefony | 606 769 639 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOROTA BROGOSZ-KUC I KRZYSZTOF KUC S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. WIDOK 19 | |
| telefon/ telefony: | 515 073 013 | |
| identyfikator REGON | 140639185 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. LIPIŃSKA 99 | |
| telefon/ telefony | 22 776 30 31/513 152 576 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAK-MED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁKINIA GÓRNA 07-320, UL. BIEGAŃSKIEGO 3 | |
| telefon/ telefony: | 29 745 56 52 | |
| identyfikator REGON | 550707742 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁKINIA GÓRNA 07-320, UL. BIEGAŃSKIEGO 3 | |
| telefon/ telefony | 29 745 56 52 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICOR CENTRUM ZDROWIA IZABELA ZAWADA-DRYNKOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FELIKSÓW 05-083, UL.STOŁECZNA 145 | |
| telefon/ telefony: | 22 725 97 83 | |
| identyfikator REGON | 10352205 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LESZNO 05-084, UL. BŁOŃSKA 62 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 725 65 00 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAMPINOS 05-085, UL. SZKOLNA 2 | |
| telefon/ telefony | 22 725 00 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W ZABOROWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABORÓW, 05-083, UL. LEŚNA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 725 97 83, 22 725 90 07 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" RENATA SYGNOWSKA, JACEK SYGNOWSKI S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 35 | |
| telefon/ telefony: | 48 383 30 00 | |
| identyfikator REGON | 67273600000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 35 | |
| telefon/ telefony | 48 383 30 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ADRIANA MARIA FUŁEK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ASMED" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOCHOWO 09-214, UL. DOBRZYŃSKA 23 | |
| telefon/ telefony: | 669 989 509 | |
| identyfikator REGON | 61133342100118 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOCHOWO 09-214, UL. DOBRZYŃSKA 23 | |
| telefon/ telefony | 24 276 32 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROBIN 09-210, UL. KOMISJI EDUKACJI NARODOWEJ 2A | |
| telefon/ telefony | 24 263 00 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIEBRODY 09-140, KOZIEBRODY 80 | |
| telefon/ telefony | 23 679 70 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-407, UL. PIŁSUDSKIEGO 35 | |
| telefon/ telefony | 24 366 24 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIĄTKOWO 09-135, UL. KWIATOWA 4 | |
| telefon/ telefony | 23 655 71 52 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LECZNICA URSUS PRZYCHODNIE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. POSAG 7 PANIEN 12/U6 | |
| telefon/ telefony: | 22 668 43 05 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 38192175600010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-495, UL. PLUTONU AK "TORPEDY" 47 | |
| telefon/ telefony | 22 464 85 33 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. POSAG 7 PANIEN 12/U6 | |
| telefon/ telefony | 602 172 362 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-495, UL. DZIECI WARSZAWY 11/U1 | |
| telefon/ telefony | 602 172 362 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOMINIKA BUDZIŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 544 26 25 | |
| identyfikator REGON | 1525622200022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11 | |
| telefon/ telefony | 22 544 26 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.10.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PZU ZDROWIE S.A. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-673, UL. KONSTRUKTORSKA 13 | |
| telefon/ telefony: | 22 735 39 60 | |
| identyfikator REGON | 14334300000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-673, UL. PUŁAWSKA 145 | |
| telefon/ telefony | 22 308 23 34 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-801, UL. CHMIELNA 71 | |
| telefon/ telefony | 22 308 29 75 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE 47-223, UL. MOSTOWA 30B | |
| telefon/ telefony | 774 054 150/510 202 360 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-193,UL. STAWKI 2 | |
| telefon/ telefony | 22 535 91 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-797,UL. POWĄZKOWSKA 44C | |
| telefon/ telefony | 22 535 91 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-674, UL. MARYNARSKA 13 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 535 91 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU - PZU ZDROWIE S.A. | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA , 00-999, UL. WORONICZA 17 | |
| telefon/ telefony | 22 308 23 34 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLANOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLANÓW 26-625, UL. OPOCZYŃSKA 23/23 | |
| telefon/ telefony: | 48 618 60 17 | |
| identyfikator REGON | 672002100 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLANÓW 26-625, UL. OPOCZYŃSKA 23/23 | |
| telefon/ telefony | 48 618 60 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W IZABELINIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZABELIN 05-080, UL. TETMAJERA 3A | |
| telefon/ telefony: | 22 722 63 21/22 722 61 14/603 107 399 | |
| identyfikator REGON | 16000520 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCEPIEŃ | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZABELIN 05-080, UL. TETMAJERA 3A | |
| telefon/ telefony | 22 722 63 21/22 722 61 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DZIENNY DOM SENIOR+ (BUDYNEK PRZY SPZOZ IZABELIN) | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZABELIN, 05-080, UL. MATEJKI 19 | |
| telefon/ telefony | 537 999 519 | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICON SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. GAGARINA 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 367 15 10 | |
| identyfikator REGON | 67271627000036 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. GAGARINA 1 | |
| telefon/ telefony | 790 610 790 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W GLINOJECKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINOJECK 06-450, UL. TARGOWA 6 | |
| telefon/ telefony: | 23 674 00 31 | |
| identyfikator REGON | 130951714 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINOJECK 06-450, UL. TARGOWA 6 | |
| telefon/ telefony | 23 674 00 05 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO W OŻAROWIE MAZOWIECKIM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW MAZOWIECKI 05-850, UL. MARII KONOPNICKIEJ 9 | |
| telefon/ telefony: | 22 344 86 16 | |
| identyfikator REGON | 16263572 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-860, UL. LIPOWA 28A | |
| telefon/ telefony | 22 344 86 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH- MCC MAZURKAS CONFERENCE CENTRE & HOTEL | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850, UL. POZNAŃSKA 177 | |
| telefon/ telefony | 22 344 86 00 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH- GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO W OŻAROWIE MAZOWIECKI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW MAZOWIECKI, 05-850, UL. MARII KONOPNICKIEJ 9 | |
| telefon/ telefony | 22 344 86 00 | |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WANTA ANNA MACHNICKA, KRZYSZTOF MACHNICKI SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI 06-200, UL. POLNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 29 717 10 31 | |
| identyfikator REGON | 55070533500020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW MAZOWIECKI, 06-200, UL. POLNA 1 | |
| telefon/ telefony | 29 717 10 31 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.07.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ APASJONATA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. DYLEWICZA 22 | |
| telefon/ telefony: | 602 692 601 | |
| identyfikator REGON | 710317718 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. DYLEWICZA 22 | |
| telefon/ telefony | 25 644 44 61 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SUD-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAROŹREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A/2 | |
| telefon/ telefony: | 24 261 27 33 | |
| identyfikator REGON | 146433728 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAROŹREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A/2 | |
| telefon/ telefony | 24 261 27 33 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICUS S.C ZOFIA LIPŃSKA WERONIKA LIPIŃSKA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. JELENIA 30A | |
| telefon/ telefony: | 22 729 10 65 | |
| identyfikator REGON | 1632726600025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. JELENIA 30A | |
| telefon/ telefony | 797 434 787 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZKOŁA GŁÓWNA GOSPODARSTWA WIEJSKIEGO W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-787, UL. NOWOURSYNOWSKA 166 | |
| telefon/ telefony: | 22 593 14 30 | |
| identyfikator REGON | 178400118 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-787, UL. NOWOURSYNOWSKA 161 | |
| telefon/ telefony | 22 593 14 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" BARBARA LAŃCZYK - WRONA I PARTNERZY, LEKARZE, SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. STANISŁAWA STASZICA 3K | |
| telefon/ telefony: | 48 617 51 60 | |
| identyfikator REGON | 141591090 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. STANISŁAWA STASZICA 3K | |
| telefon/ telefony | 48 617 51 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. SIENKIEWICZA 9 | |
| telefon/ telefony: | 24 362 73 93 | |
| identyfikator REGON | 14202811000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. SIENKIEWICZA 9 | |
| telefon/ telefony | 698 000 310 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA "SALUS" WSPÓLNICY: SZCZEPAN MIROSŁAW JAROSZEWSKI, BOGDAN JAROSZEWSKI, JACEK PIETRUCHA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHORZELE 06-330, UL. GRUNWALDZKA 50 | |
| telefon/ telefony: | 29 751 50 60 | |
| identyfikator REGON | 550726981 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHORZELE 06-330, UL. GRUNWALDZKA 50 | |
| telefon/ telefony | 29 751 50 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A | |
| telefon/ telefony: | 505 224 498 | |
| identyfikator REGON | 387826450 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A | 2 |
| telefon/ telefony | 505 224 498 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GOŹDZIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓZD 26-634 , UL. LEKARSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 320 20 19 | |
| identyfikator REGON | 670221015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓZD 26-634 , UL. LEKARSKA 4 | |
| telefon/ telefony | 48 320 20 19 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4 | |
| telefon/ telefony: | 22 731 97 77 | |
| identyfikator REGON | 14925425 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁONIU | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4 | |
| telefon/ telefony | 22 182 31 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KULTURY W BŁONIU - FILIA GPZOZ GMINY BŁONIE W BRAMKACH | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRAMKI, 05-870, UL DŁUGA 75 | |
| telefon/ telefony | 22 182 31 34 | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W TARCZYNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARCZYN 05-555, UL. WARSZAWSKA 42 | |
| telefon/ telefony: | 22 727 70 63 | |
| identyfikator REGON | 671987015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARCZYN 05-555, UL. WARSZAWSKA 42 | |
| telefon/ telefony | 22 727 70 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ SZKOŁA PODSTAWOWA I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE IM. SZARYCH SZEREGÓW W TARCZYNIE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TARCZYN, 05-555, UL. SZARYCH SZEREGÓW 8 | |
| telefon/ telefony | 22 177 90 42 | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWY 05-652, PNIEWY 2A | |
| telefon/ telefony: | 48 345 71 00 | |
| identyfikator REGON | 672973452 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWY 05-652, PNIEWY 2A | |
| telefon/ telefony | 48 345 71 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIENNICY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNIC 05-332, UL. AKACJOWA 2A | |
| telefon/ telefony: | 25 757 22 22 | |
| identyfikator REGON | 711668644 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNIC 05-332, UL. AKACJOWA 2A | |
| telefon/ telefony | 501 124 271/25 757 22 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANNA POŻAROWSZCZYKOSIK NZOZ „EWITA” | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSÓW 08-109, ŁYSÓW 28 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 23 21/25 641 27 92 | |
| identyfikator REGON | 141022305 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSÓW 08-109, ŁYSÓW 28 | |
| telefon/ telefony | 25 641 23 21/25 641 27 92 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADZANOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANÓW 26-807, RADZANÓW 72 | |
| telefon/ telefony: | 48 613 62 69 | |
| identyfikator REGON | 670230304 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANÓW 26-807, RADZANÓW 72 | |
| telefon/ telefony | 48 613 62 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARYSZEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARYSZEW 26-640, UL. MARII-SKŁODOWSKIEJ CURIE 12 | |
| telefon/ telefony: | 48 610 28 27 | |
| identyfikator REGON | 670230451 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARYSZEW 26-640, UL. MARII-SKŁODOWSKIEJ CURIE 12 | |
| telefon/ telefony | 500 509 147 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ODECHÓW 26-640, ODECHÓW 118 | |
| telefon/ telefony | 48 610 33 07 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.01.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAKÓW 16-640, UL. STAROWIEJSKA 20 | |
| telefon/ telefony | 48 610 43 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MIEJSKA W JÓZEFOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7 | |
| telefon/ telefony: | 22 789 21 21 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 010045302 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA ( GABINET ) LEKARZA POZ (DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7 | |
| telefon/ telefony | 22 789 21 21 WEW 2 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZOZ PRZYCHODNIA MIEJSKA W JÓZEFOWIE | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-420, UL. SKŁODOWSKIEJ 5/7 | |
| telefon/ telefony | 22 789 21 21 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMORZĄDOWY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIAŁOBRZEGACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10 | |
| telefon/ telefony: | 605 246 670 | |
| identyfikator REGON | 380246873 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 10 | |
| telefon/ telefony | 798 079 188 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRAŻYNA STYCZYŃSKA N.Z.O.Z. SANMEDIC | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 15 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 69 99 | |
| identyfikator REGON | 710227292 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI PLUS PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 15 | |
| telefon/ telefony | 25 641 69 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRĘBKOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6 | |
| telefon/ telefony: | 25 793 03 63 | |
| identyfikator REGON | 711635188 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6 | |
| telefon/ telefony | 25 793 03 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ MEDICUS SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELECHÓW 08-430, UL. REYMONTA 36A | |
| telefon/ telefony: | 25 754 11 09 | |
| identyfikator REGON | 71165200000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELECHÓW 08-430, UL. REYMONTA 36A | |
| telefon/ telefony | 25 754 11 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-CENTRUM" SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-310, UL. BEDNARSKA 8 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 22 826 03 77 | |
| identyfikator REGON | 16094661 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-310, UL. BEDNARSKA 13/15 | |
| telefon/ telefony | 22 826 03 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CZAJKOWSKI WOJCIECH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCK 09-520, UL. GOSTYNIŃSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 24 384 14 16 | |
| identyfikator REGON | 610279576 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĄCK 09-520, UL. GOSTYNIŃSKA 4 | |
| telefon/ telefony | 24 384 14 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OROŃSKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OROŃSKO 26-505, UL. BRANDTA 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 618 40 69 | |
| identyfikator REGON | 672638825 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OROŃSKO 26-505, UL. BRANDTA 10 | |
| telefon/ telefony | 48 618 40 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHLEWISKACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHLEWISKA 26-510, UL. SZKOLNA 4A | |
| telefon/ telefony: | 48 628 70 73 | |
| identyfikator REGON | 141740466 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHLEWISKA 26-510, UL. SZKOLNA 4A | |
| telefon/ telefony | 48 628 70 73 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RZECZNIOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZECZNIÓW 27-353, RZECZNIÓW 1A | |
| telefon/ telefony: | 48 616 70 06/48 340 19 31 | |
| identyfikator REGON | 140014479 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZECZNIÓW 27-353, RZECZNIÓW 1A | |
| telefon/ telefony | 48 616 70 06/48 340 19 31 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL-MED MERITUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOSCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARBATKA-LETNISKO 26-930, UL. SPACEROWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 621 00 27 | |
| identyfikator REGON | 146353573 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARBATKA-LETNISKO 26-930, UL. SPACEROWA 2 | |
| telefon/ telefony | 48 627 10 83/48 621 00 27 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIERŻE GÓRNE 26-900, ŚWIERŻE GÓRNE 55 | |
| telefon/ telefony | 48 614 78 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEATA DANUTA SKRĘTOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 31 | |
| telefon/ telefony: | 22 751 69 91 | |
| identyfikator REGON | 017335960-00028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. WARSZAWSKA 31 | |
| telefon/ telefony | 500 010 700 / 22 751 69 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA VITA-MED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06 – 400, UL. SIENKIEWICZA 71B | |
| telefon/ telefony: | 23 672 32 50 | |
| identyfikator REGON | 13-00-25-108 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA VITA-MED | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06 – 400, UL. SIENKIEWICZA 71B | |
| telefon/ telefony | 23 672 32 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO EWA ŚMIGASIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINIANKA 05-408, UL. NAPOLEOŃSKA 53 | |
| telefon/ telefony: | 22 789 97 22 | |
| identyfikator REGON | 1320309000029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ ( DOROŚLI I DZIECI ) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GLINIANKA 05-408, UL. NAPOLEOŃSKA 53 | |
| telefon/ telefony | 22 789 97 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEAA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW 26-652, ZAKRZEW 41A | |
| telefon/ telefony: | 48 375 67 76 | |
| identyfikator REGON | 364541076 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW 26-652, ZAKRZEW 41A | |
| telefon/ telefony | 48 375 67 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH W WIĄZOWNIE E. DREWNIAK W. PIECHOWICZ SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĄZOWNA 05-462, UL. LUBELSKA 36 | |
| telefon/ telefony: | 22 789 01 15 | |
| identyfikator REGON | 13212083 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ (DOROŚLI I DZIECI) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĄZOWNA 05-462, UL. LUBELSKA 36 | |
| telefon/ telefony | 22 789 01 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MEDICENTER SP. Z O.O. | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 88 | |
| telefon/ telefony: | 22 646 86 08 | |
| identyfikator REGON | 01545964600029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-507, UL. WOŁOSKA 88 | |
| telefon/ telefony | 22 646 86 08 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ OPTIMA IWONA SOCHA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ODRANO-WOLA 05-825, UL. TURKUSOWA 7 | |
| telefon/ telefony: | 2 724 36 44 | |
| identyfikator REGON | 017302541 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-827, UL. BAIRDA 56/7 | |
| telefon/ telefony | 22 724 36 44 /795 505 483 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWIE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 51A/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 497 74 25 | |
| identyfikator REGON | 16261389 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 51A/3 | |
| telefon/ telefony | 607 833 007 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PHOENIX SP. ZO.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. CZWARTAKÓW 4 | |
| telefon/ telefony: | 24 266 81 59 | |
| identyfikator REGON | 611051941 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. CZWARTAKÓW 4 | |
| telefon/ telefony | 24 266 81 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICA S.C. GRAŻYNA ELŻBIETA PIETRZYKOWSKA, KRZYSZTOF SŁAWOMIR TOBIASZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony: | 29 764 64 80 | |
| identyfikator REGON | 550726290 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 720 833 533 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "DRAG-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-446, UL. FABRYCZNA 16/22 | |
| telefon/ telefony: | 22 841 49 01 | |
| identyfikator REGON | 16842689 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-446, UL. FABRYCZNA 16/22 | |
| telefon/ telefony | 22 841 49 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | OPTIMA KOSZARSKA I RUDNICKA - LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOW PODLASKI 08-300, UL. OLSZOWA 6B | |
| telefon/ telefony: | 25 781 33 00 | |
| identyfikator REGON | 145806558 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁOW PODLASKI 08-300, UL. SKŁODOWDKIEJ-CURIE 14/72 | |
| telefon/ telefony | 25 781 33 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁA WIEŚ 09-460, UL. ŚW. M KOLBEGO 13 | |
| telefon/ telefony: | 24 231 40 37 | |
| identyfikator REGON | 611316730 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁA WIEŚ 09-460, UL. ŚW. M KOLBEGO 13 | |
| telefon/ telefony | 24 231 40 37/514 382 391 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL ONKOLOGICZNY SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 766 15 00 | |
| identyfikator REGON | 369482970 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELISZE 05-135, UL. KOSCIELNA 61 | |
| telefon/ telefony | 22 766 15 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOWALI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWALA-STĘPOCINA 26-624, UL. MARII WALEWSKIEJ 5 (ZMIANA ADMINISTRACYJNA NUMERU PORZĄDKOWEGO BUDYNKU Z KOWALA 105) | |
| telefon/ telefony: | 48 610 17 25 | |
| identyfikator REGON | 671982093 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOWALA 26-624, KOWALA105 | |
| telefon/ telefony | 48 610 17 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WILDZE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WILGA 08-470, UL. WOJSKA POLSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony: | 25 685 35 55 | |
| identyfikator REGON | 712486773 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WILGA 08-470, UL. WOJSKA POLSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony | 25 685 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY TCZÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TCZÓW 26 – 706, TCZÓW 28 | |
| telefon/ telefony: | 48 676 80 33 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 140354896-00026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TCZÓW 26 – 706, TCZÓW 28 | |
| telefon/ telefony | 48 676 80 33 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-665, AL. WILANOWSKA 368 C/U4 | |
| telefon/ telefony: | 22 724 48 28 | |
| identyfikator REGON | 15188673 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRANICA 05-806, UL. GŁÓWNA 104 | |
| telefon/ telefony | 22 724 48 28 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAŁUSZYNIE PRZYCHODNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŁUSZYN 05-310, UL. WOJSKA POLSKIEGO 24 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 61 22 | |
| identyfikator REGON | 711652442 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAŁUSZYN 05-310, UL. WOJSKA POLSKIEGO 24 | |
| telefon/ telefony | 25 740 21 84 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE ARKADIUSZ CHMIELIŃSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 7 | |
| telefon/ telefony: | 22 749 10 40 | |
| identyfikator REGON | 130148271 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BABOSZEWO 09-130, UL. ODRODZENIA 7 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWIŃSK NAD WISŁĄ 09-150, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 6 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 62 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 06-232, CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 36A | |
| telefon/ telefony | 22 717 95 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERZĄŻNIA 09-164, DZIERZĄŻNIA 58 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 53 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-285, UL. KONDRATOWICZA 27B | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIĄŻ 09-140, UL. MŁAWSKA 15 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. HARCERZA ANATOLKA GRADOWSKIEGO 26 | |
| telefon/ telefony | 24 262 37 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-984, UL. SAMOLOTOWA 9A | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SYPNIEWO 06-216, UL. WINCENTEGO WITOSA 2 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MIEJSKIE CENTRUM KULTURY, SPORTU I REKREACJI W RACIĄŻU | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIĄŻ, 09-140, UL. PARKOWA 14 | |
| telefon/ telefony | 880 521 954 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 12.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - OSP W SZCZYTNIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZYTNO, 09-141, SZCZYTNO 11 A | |
| telefon/ telefony | 880 521 936 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MIEJSKIE CENTRUM SPORTU I REKREACJI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK, 09-100, UL. KOPERNIKA 3 | |
| telefon/ telefony | 880 521 952 | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE SARBIEWO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SARBIEWO, 09-130, SARBIEWO 26 | |
| telefon/ telefony | 22 749 10 68 | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE KUNIN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUNIN, 07-440, KUNIN 20 | |
| telefon/ telefony: | 22 749 10 75 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | JUTRO MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-607, UL. JANA CZECZOTA 31 | |
| telefon/ telefony: | 570 690 376 | |
| identyfikator REGON | 384955359 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄZKOWSKA 44 | |
| telefon/ telefony | 570 690 376 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data ponownego dodania do wykazu | 12.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "CITY CLINIC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-473, UL. POPULARNA 62A | |
| telefon/ telefony: | 22 863 90 69 | |
| identyfikator REGON | 141780218 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-473, UL. POPULARNA 62A | |
| telefon/ telefony | 22 863 90 69/22 266 04 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. BOŻENA PIETRUSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. STEFANA OKRZEI 81A | |
| telefon/ telefony: | 29 742 85 05/604 437 165 | |
| identyfikator REGON | 550386930 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. STEFANA OKRZEI 81A | |
| telefon/ telefony | 29 742 85 05 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "SPECLEK" SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-910, AL.GEN.ANTONIEGO CHRUŚCIELA "MONTERA" 103 | |
| telefon/ telefony: | 26 181 44 44 | |
| identyfikator REGON | 13268132 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-910, AL.GEN.ANTONIEGO CHRUŚCIELA "MONTERA" 103 | |
| telefon/ telefony | 26 181 42 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPAZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-477, UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 6/61A | |
| telefon/ telefony: | 22 412 42 44 | |
| identyfikator REGON | 14704046800028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI (PUNKT SZCZEPIEŃ) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-477, UL. KAROLA SZYMANOWSKIEGO 6/61A | |
| telefon/ telefony | 22 412 42 44 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPA ZDROWIE MNISZEW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNISZEW 26-910, MNISZEW 18 | |
| telefon/ telefony: | 48 621 90 57 | |
| identyfikator REGON | 38432800000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MNISZEW 26-910, MNISZEW 18 | |
| telefon/ telefony | 48 621 90 57 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | USŁUGI MEDYCZNE NZOZ GOLE MEDYCYNA RODZINNA BARBARA KWIATEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLE 96-314,GOLE 50 | |
| telefon/ telefony: | 46 856 07 26 | |
| identyfikator REGON | 220355773 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLE 96-314,GOLE 50 | |
| telefon/ telefony | 46 856 07 26 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. ŻYDOWSKA 17/2 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 378 00 90 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNO REHABILITACYJNE SORNO EDYTA STANKIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŚCISKA 05-825, UL. KRUCZA 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 722 90 02 | |
| identyfikator REGON | 140373505-00029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE BABICE 05-082, UL. RYNEK 21 | |
| telefon/ telefony | 22 722 90 02 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOROWIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOROWIE 08-412, UL. GARWOLIŃSKA 9 | |
| telefon/ telefony: | 25 685 90 29 | |
| identyfikator REGON | 71163900000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOROWIE 08-412, UL. GARWOLIŃSKA 9 | |
| telefon/ telefony | 25 685 90 29 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BETA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71 | |
| telefon/ telefony: | 22 781 63 35 | |
| identyfikator REGON | 16138223 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71 | |
| telefon/ telefony | 22 781 58 42 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARKMEDIC CENTRUM MEDYCZNE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-412, UL. LEONA KRUCZKOWSKIEGO 6/U4 | |
| telefon/ telefony: | 22 520 00 06 | |
| identyfikator REGON | 380824399 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ARKMEDIC CENTRUM MEDYCZNE PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-412, UL. LEONA KRUCZKOWSKIEGO 6/U4 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 520 00 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „IMED" IWONA NIECZAJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZANKA 08-207, OLSZANKA 30A | |
| telefon/ telefony: | 833 131 831 | |
| identyfikator REGON | 30231035 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZANKA 08-207, OLSZANKA 30A | |
| telefon/ telefony | 833 131 831 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEONCIN 05-155, UL. PARTYZANTÓW 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 785 65 12 | |
| identyfikator REGON | 16421025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEONCIN 05-155, UL. PARTYZANTÓW 3 | |
| telefon/ telefony | 22 785 65 12 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "CENTRUM" A. WILKOWSKI, J.B. SOBSTYL SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL.PILECKIEGO 14 | |
| telefon/ telefony: | 29 766 89 53 | |
| identyfikator REGON | 551192731 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL.PILECKIEGO 14 | |
| telefon/ telefony | 29 766 89 53 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ROYALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. WIŚLANA 36 | |
| telefon/ telefony: | 668 466 154 | |
| identyfikator REGON | 141967833 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. WIŚLANA 36 | |
| telefon/ telefony | 533 702 703 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NOBLE MEDICINE PREMIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-112, UL. BAGNO 2D | |
| telefon/ telefony: | 22 610 38 17 | |
| identyfikator REGON | 368042766 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA INTERNISTYCZNA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-112, UL. BAGNO 2D | |
| telefon/ telefony | 22 610 38 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSZCZYNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOSZCZYN 05-610, UL. BĄDKOWSKA 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 663 22 83 | |
| identyfikator REGON | 140254315 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOSZCZYN 05-610, UL. BĄDKOWSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 48 663 22 83 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RODZINA" S.C. CZESŁAWA DEPTUŁA-KARPIŃSKA I S-KA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. GEN. FIELDORFA „NILA” 10 | |
| telefon/ telefony: | 29 764 40 99/29 764 60 38 | |
| identyfikator REGON | 550666084 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. GEN. FIELDORFA „NILA” 10 | |
| telefon/ telefony | 725 749 725 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKLAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NADARZYNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NADARZYN 05-830, UL. SITARSKICH 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 739 48 40 | |
| identyfikator REGON | 1718540000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NADARZYN 05-830, UL. SITARSKICH 3 | |
| telefon/ telefony | 603 347 377 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁOCHÓW 05-831, UL. MAZOWIECKA 5A | |
| telefon/ telefony | 534 097 670, 22 739 48 40 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-WAWER | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-564, UL. J. STRUSIA 4/8 | |
| telefon/ telefony: | 22 590 09 24 | |
| identyfikator REGON | 13076183 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-564, UL. J. STRUSIA 4/8 | |
| telefon/ telefony | 507 842 317 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-832, UL. PATRIOTÓW 170 | |
| telefon/ telefony | 507 842 961 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-713, UL. ŻEGAŃSKA 13 | |
| telefon/ telefony | 504 250 394 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - WAWERSKI DOM KULTURY | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-713, UL. ŻEGAŃSKA 1A | |
| telefon/ telefony | 571 227 655 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.09.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - PAŁAC KULTURY I NAUKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-901, PL. DEFILAD 1 | |
| telefon/ telefony | 507 842 969 | |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | G.STECKO,J.MIEDZIUN.M.FILIPOWICZ,E.SZYMAŃSKA S.C NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYCYNA RODZINNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. OLIMPIJSKA 8 | |
| telefon/ telefony: | 784 967 140 | |
| identyfikator REGON | 672727121 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. OLIMPIJSKA 8 | |
| telefon/ telefony | 784 967 140 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYŚMIERZYCACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony: | 48 615 70 10 | |
| identyfikator REGON | 670856073 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYŚMIERZYCE 26-811, UL. 1000-LECIA PAŃSTWA POLSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony | 48 615 70 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SK-MED B.SAWICKA, B.KULIS SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-384, UL. WIATRACZNA 21/U1 | |
| telefon/ telefony: | 507 810 507 | |
| identyfikator REGON | 38258200000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-384, UL. WIATRACZNA 21/U1 | |
| telefon/ telefony | 792 449 092 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARIUSZ GÓJSKI "RODZINNY" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-526, UL. KRÓLA MACIUSIA 9/60 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 91 97 | |
| identyfikator REGON | 14078782700032 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAKUBÓW 05-306, UL. MIŃSKA 9 | |
| telefon/ telefony | 25 757 91 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA RODZINNA "MOKOTOWSKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-641, UL. MOKOTOWSKA 6A | |
| telefon/ telefony: | 22 825 35 67 | |
| identyfikator REGON | 16807552 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-641, UL. MOKOTOWSKA 6A | |
| telefon/ telefony | 22 825 35 67 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANDRZEJ KOWALSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERZGOWO 06-520, UL. KSIĘDZA PRYMASA MIKOŁAJA DZIERZGOWSKIEGO 8A | |
| telefon/ telefony: | 605 243 568 | |
| identyfikator REGON | 130061469 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERZGOWO 06-520, UL. KSIĘDZA PRYMASA MIKOŁAJA DZIERZGOWSKIEGO 8A | |
| telefon/ telefony | 23 653 30 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STAY HEALTHY CLINIC MAGDALENA WAŁDOCH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-699, UL. KŁOBUCKA 8A/U4 | |
| telefon/ telefony: | 664 368 808 | |
| identyfikator REGON | 386043912 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE STAY HEALTHY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-699, UL. KŁOBUCKA 8A/U4 | |
| telefon/ telefony | 664 368 808 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRAŻYNA WLASZCZYK PRZYCHODNIA GRAMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. JÓZEFA WYBICKIEGO 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 775 81 47 | |
| identyfikator REGON | 1023713100025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. JÓZEFA WYBICKIEGO 14 | |
| telefon/ telefony | 22 775 81 47 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VITA-MEDICA SP Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULEJÓWEK 05-070, UL. KOMBATANTÓW 85 | |
| telefon/ telefony: | 22 783 00 16 | |
| identyfikator REGON | 140190549 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-717, UL. KS.IGNACEGO KŁOPOTOWSKIEGO 22 | |
| telefon/ telefony | 22 698 51 38 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JOLANTA ANNA MIKOŁAJEWSKA - NZOZ PORADNIA RODZINNA "ESKULAP" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100 , UL. GRUNWALDZKA 11A | |
| telefon/ telefony: | 23 663 08 79 | |
| identyfikator REGON | 130080343 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK 09-100 , UL. GRUNWALDZKA 11A | |
| telefon/ telefony | 23 663 08 79/509 609 630/ 23 662 87 60 WEW.22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EL-MED MARCINKOWSCY SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. BELESŁAWA CHROBREGO 62 | |
| telefon/ telefony: | 22 784 87 82 | |
| identyfikator REGON | 14109886300067 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 70 | |
| telefon/ telefony | 22 784 57 24 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEATA BARTNIK NZOZ NASZE ZDROWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOCHÓW 07-130, UL. 10-LECIA ŁOCHOWA 1E | |
| telefon/ telefony: | 25 675 02 77 | |
| identyfikator REGON | 710 330 280 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOCHÓW 07-130, UL. ALEJA POKOJU 2 | |
| telefon/ telefony | 516 755 608 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ALFAMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. GRZEBSKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony: | 23 676 18 11 | |
| identyfikator REGON | 383112819 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. GRZEBSKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony | 23 676 18 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE JUDYTA SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RASZYN 05- 090, UL. PONIATOWSKIEGO 21 | |
| telefon/ telefony: | 22 185 55 21 | |
| identyfikator REGON | 365425159 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RASZYN 05- 090, UL. PONIATOWSKIEGO 21 | |
| telefon/ telefony | 507 767 385 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RASZYN 05- 090, UL. PRUSZKOWSKA 52 | |
| telefon/ telefony | 22 185 55 73/507 767 385 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BORAMED CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. SP. K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307 | |
| telefon/ telefony: | 22 250 15 77 | |
| identyfikator REGON | 146756874 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 417 01 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINET LEKARSKI WOJCIECH GRZYBOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. LEŚNYCH ZIÓŁ 19 | |
| telefon/ telefony: | 22 535 36 00 | |
| identyfikator REGON | 016229799 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-787, UL. BELI BARTOKA 8/U/A | |
| telefon/ telefony | 22 535 36 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.01.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-802, UL. MARYMONCKA 75A/U2 | |
| telefon/ telefony: | 507 533 088 | |
| identyfikator REGON | 36955413200011 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-802, UL. MARYMONCKA 75A/U2 | |
| telefon/ telefony | 502 228 862 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAW 00-807, AL. JEROZOLIMSKIE 96 | |
| telefon/ telefony: | 22 592 70 00 | |
| identyfikator REGON | 012396508 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-189, UL. INFLANCKA 5 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-123, UL. ŁUKISKA 1 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-838, UL. PROSTA 36 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-867, UL. JANA PAWŁA 27 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ (SZCZEPIENIA ZALECANE) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 1 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-840, UL. GROCHOWSKA 306/308 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-675, UL. WOŁOSKA 22 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-819, UL. PUŁAWSKA 278 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-807, AL. JEROZOLIMSKIE 96 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCYNY PRACY MEDICOVER - CYBERNETYKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-677, UL. CYBERNETYKI 19 | |
| telefon/ telefony | 500 900 530 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ TAK-MED S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 755 67 45 | |
| identyfikator REGON | 1085749000022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14 | |
| telefon/ telefony | 581 591 346 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SC.PRZYCHODNIA LEKARSKA EMED EWA T JASTRZĘBSKA WACŁAW T JASTRZĘBSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNOSIELC 06-212,UL. MOSTOWA 11 | |
| telefon/ telefony: | 29 717 56 44 | |
| identyfikator REGON | 550670128 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNOSIELC 06-212,UL. MOSTOWA 11 | |
| telefon/ telefony | 29 717 56 44 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ ESKULAP SP. ZO.O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3 | |
| telefon/ telefony: | 29 752 30 26 | |
| identyfikator REGON | 146423397 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3 | |
| telefon/ telefony | 29 752 30 26 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARECKI OŚRODEK ZDROWIA SP.Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. SPORTOWA 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 781 16 03 | |
| identyfikator REGON | 16346068 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. SPORTOWA 3 | |
| telefon/ telefony | 730 999 063/22 781 16 03 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STREFA PACJENTA SP. Z O.O. SP.K | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |
| telefon/ telefony: | 692 143 903 | |
| identyfikator REGON | 38241037700011 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |
| telefon/ telefony | 507 414 428/507 414 232 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DZIECI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |
| telefon/ telefony | 507 414 428/507 414 232 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGDAN KOWALCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 27 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 33 06 | |
| identyfikator REGON | 55008359500020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. SIKORSKIEGO 27 | |
| telefon/ telefony | 605 672 847 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA TOMASZ DZIĘCIOŁ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OKUNIEW 05-079, UL. STANISŁAWOWSKA 28 | |
| telefon/ telefony: | 22 783 70 05 | |
| identyfikator REGON | 016455449 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE MEDYCYNA RODZINNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OKUNIEW 05-079, UL. STANISŁAWOWSKA 28 | |
| telefon/ telefony | 22 783 70 05 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BIAŁOŁĘKA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZELIGI 05-850, UL. CYPRYSOWA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 741 60 58 | |
| identyfikator REGON | 017329095 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-134, UL. KSIĄŻKOWA 9 | |
| telefon/ telefony | 22 741 60 58 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-287, UL. SKARBKA Z GÓR 142 | |
| telefon/ telefony | 22 741 60 58 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO - ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-134, UL. KSIĄŻKOWA 10 | |
| telefon/ telefony | 22 741 60 58 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MILLENIUM" S.C. DARIUSZ WOJTOWICZ,IWONA ULIJASZ-WOJTOWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. RADOMSKA 11 | |
| telefon/ telefony: | 48 389 35 34 | |
| identyfikator REGON | 67272960500027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. RADOMSKA 11 | |
| telefon/ telefony | 48 389 35 34 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 15/2 | |
| telefon/ telefony | 48 611 31 81 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LECZY-MED MAŁGORZATA ŁĘCZYCKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. KRASICKIEGO 14/U2 | |
| telefon/ telefony: | 508 336 187 | |
| identyfikator REGON | 146094108 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. KRASICKIEGO 14/U2 | |
| telefon/ telefony | 504 040 561 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. RÓŻANA 24 | |
| telefon/ telefony | 504 040 561 | |
| Data dodania do wykazu | 05.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO WIESŁAWA RAJKOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. STEYERA 2E | |
| telefon/ telefony: | 29 760 41 30 | |
| identyfikator REGON | 550061317 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. STEYERA 2E | |
| telefon/ telefony | 29 760 41 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOLCU NAD WISŁĄ - WOJCIECH CHECHLIŃSKI I EWA WOŹNIAK - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOLEC NAD WISŁĄ 27-320, UL. SŁONECZNA 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 376 12 06 | |
| identyfikator REGON | 672755867 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOLEC NAD WISŁĄ 27-320, UL. SŁONECZNA 2 | |
| telefon/ telefony | 48 376 12 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BELMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BELSK DUŻY 05-622, UL. SZKOLNA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 661 12 69 | |
| identyfikator REGON | 673021340 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BELSK DUŻY 05-622, UL. SZKOLNA 4 | |
| telefon/ telefony | 48 661 12 69 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA " JUNIPERUS "WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: ALINA ELŻBIETA GALCZAK, WITOLD GALCZAK, JUSTYNA PIETRAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZABELIN 05-080, UL. KOSCIUSZKI 41 | |
| telefon/ telefony: | 22 722 62 46 | |
| identyfikator REGON | 10671070 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZABELIN 05-080, UL. KOSCIUSZKI 41 | |
| telefon/ telefony | 22 722 62 46 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BALUMED SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93 | |
| telefon/ telefony: | 787 655 660 | |
| identyfikator REGON | 2748240 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BALUMED SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93 | 2 |
| telefon/ telefony | 787 655 660 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JASIEŃCU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASIENIEC 05-604, UL. CZERSKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 661 35 82 | |
| identyfikator REGON | 14007399600020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASIENIEC 05-604, UL. CZERSKA 5 | |
| telefon/ telefony | 48 661 35 82 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŚNIEWICE 05-604, GOŚNIEWICE 45 | |
| telefon/ telefony | 48 661 35 26 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TOMED r.KSIĄŻEK-TOMASZEWSKA, r.TOMASZEWSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. LETNIA 5 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 50 91 | |
| identyfikator REGON | 14605262400027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LESZNOWOLA 05-600, LESZNOWOLA 6 | |
| telefon/ telefony | 48 664 50 91 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA NUMER 1 JAROSŁAW LIPCZYŃSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MISZEWO MUROWANE 09-470, UL. POŁUDNIOWA 11B | |
| telefon/ telefony: | 24 260 60 21/600 854 533 | |
| identyfikator REGON | 61105934500010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MISZEWO MUROWANE 09-470, UL. POŁUDNIOWA 11B | |
| telefon/ telefony | 24 260 60 21/732 957 514 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BARBARA WALENTYNA BALCERZAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSE 07-437, UL. TOPOLOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 608 031 371 | |
| identyfikator REGON | 550060861 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSE 07-437, UL. TOPOLOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 29 772 50 32 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CLINICA MEDICA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻABIA WOLA 96-321, UL. SPÓŁDZIELCZA 2B | |
| telefon/ telefony: | 728 999 665 | |
| identyfikator REGON | 36572072800017 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻABIA WOLA 96-321, UL. SPÓŁDZIELCZA 2B | |
| telefon/ telefony | 728 999 665 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAGMEDIC" S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAGNUSZEW 26-910, UL. KLONOWA 16 | |
| telefon/ telefony: | 48 621 70 18 | |
| identyfikator REGON | 671962601 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "MAGMEDIC" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAGNUSZEW 26-910, UL. KLONOWA 16 | |
| telefon/ telefony | 48 621 70 18 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ K RADZIWIŁŁ KAROL RADZIWIŁŁ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-798, UL. ROMUALDA MIELCZARSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony: | 505 187 330 | |
| identyfikator REGON | 36004130 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-798, UL. ROMUALDA MIELCZARSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 505 187 330 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HAUS SP.Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-645, UL. GANDHIEGO 7/6 | |
| telefon/ telefony: | 517 707 326/22 382 70 14/664 370 314 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 145823315 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. DERENIOWA 9 | |
| telefon/ telefony | 22 382 70 14/664 370 314 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "SANUS" SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL. DOBRA 3 LU 9 | |
| telefon/ telefony: | 25 682 46 69 | |
| identyfikator REGON | 71164312400024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN, 08-400, DOBRA 3 LU 9 | |
| telefon/ telefony | 25 683 04 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MACIEJEWSKI JANUSZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAR" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. STEFANA GROTA-ROWECKIEGO 2A/19 | |
| telefon/ telefony: | 24 275 32 20 | |
| identyfikator REGON | 61019948100045 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. STEFANA GROTA-ROWECKIEGO 2A/19 | |
| telefon/ telefony | 24 275 32 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIGOWO 09-228, UL. JANA PAWŁA II 32 | |
| telefon/ telefony | 24 276 53 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŁBIELI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 31 91 | |
| identyfikator REGON | 01491798600028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3 | |
| telefon/ telefony | 25 757 31 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOŁBIEL 05-340, UL. SZKOLNA 3 | |
| telefon/ telefony | 25 757 31 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PRADNIA RODZINNA DANUTA ŁEPECKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79 | |
| telefon/ telefony: | 48 378 14 50 | |
| identyfikator REGON | 670164079 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79 | |
| telefon/ telefony | 48 378 14 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁGORZATA SALAMONOWICZ-PRZYSTAŚ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SANALEX" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OJRZEŃ 06-456, UL. CIECHANOWSKA 29 | |
| telefon/ telefony: | 23 672 06 50 | |
| identyfikator REGON | 13030001700047 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO - RODZINNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OJRZEŃ 06-456, UL. CIECHANOWSKA 29 | |
| telefon/ telefony | 23 672 06 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MD CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-815, UL. SIENNA 83/189 | |
| telefon/ telefony: | 22 688 77 94 | |
| identyfikator REGON | 142711389 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA MD CLINIC | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-815, UL. SIENNA 83/189 | |
| telefon/ telefony | 22 688 77 94 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OSMAN MEDICAL | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRĄBKI 08-440, AL.OWOCOWA 30C | |
| telefon/ telefony: | 66 276 89 66 | |
| identyfikator REGON | 146523779 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB WEWNETRZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TRĄBKI 08-440, AL.OWOCOWA 30C | |
| telefon/ telefony | 509 830 285 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TERAGRA SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-936, UL. ŚW. BONIFACEGO 70/U10 | |
| telefon/ telefony: | 22 642 47 18 | |
| identyfikator REGON | 01317990200027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-936, ŚW. BONIFACEGO 70/U7-U11 | |
| telefon/ telefony | 22 842 58 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" PORADNIA RODZINNA W NARUSZEWIE HANNA KRYSIAK, JANUSZ KRYSIAK S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NARUSZEWO 09-152, NARUSZEWO 12B | |
| telefon/ telefony: | 23 663 10 20 | |
| identyfikator REGON | 130458994 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NARUSZEWO 09-152, NARUSZEWO 12B | |
| telefon/ telefony | 23 663 10 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU IWONA MALINOWSKA-PAŹDZIOR | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEKUŃ 07-411, UL.SZKOLNA 21 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 75 04 | |
| identyfikator REGON | 550068294 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEKUŃ 07-411, UL.SZKOLNA 21 | |
| telefon/ telefony | 29 761 75 04 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE S.C. W WYSZKOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. PROSTA 15 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 56 14 | |
| identyfikator REGON | 550727331 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. PROSTA 15 | |
| telefon/ telefony | 29 742 95 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁGORZATA NAWROT | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZEWO-BORKI 07-415, UL. 3-GO MAJA 4 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 32 63/29 761 35 00 | |
| identyfikator REGON | 550070990 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLSZEWO-BORKI 07-415, UL. 3-GO MAJA 4 | |
| telefon/ telefony | 29 761 32 63/29 761 35 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "SEP-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-521, UL. HOŻA 19 | |
| telefon/ telefony: | 501 169 127 | |
| identyfikator REGON | 140361784 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-521, UL. HOŻA 19 | |
| telefon/ telefony | 665 295 505 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SOL-MED" SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-391, UL. 3 MAJA 2/35 | |
| telefon/ telefony: | 22 625 02 92 | |
| identyfikator REGON | 01681308000032 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-391, UL. 3 MAJA 2/35 | |
| telefon/ telefony | 22 625 02 92 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ BARKA PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST REYMONTA 10 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 04 88 | |
| identyfikator REGON | 140137265 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY Z PUNKTEM SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST REYMONTA 10 | |
| telefon/ telefony | 29 742 04 88 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEYCZNE W JAKTOROWIE S.C.D.KOŹBIAŁ,M.ŁASKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYLICE-KOLONIA 96-313, UL. WARSZAWSKA 24 | |
| telefon/ telefony: | 570 570 005 | |
| identyfikator REGON | 14698593600025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYLICE-KOLONIA 96-313, UL. WARSZAWSKA 24 | |
| telefon/ telefony | 570 570 005 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - BUDYNEK BYŁEGO GIMNAZJUM W JAKTOROWIE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAKTORÓW, 96-313, UL. CHEŁMOŃSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 509 316 709 | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GAB-MED GABRIELA PIETKUN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TROSZYN 07-405,UL. SZKOLNA 8 | |
| telefon/ telefony: | 29 767 10 01 | |
| identyfikator REGON | 758-234-72-47 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TROSZYN 07-405,UL. SZKOLNA 8 | |
| telefon/ telefony | 29 767 10 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W POMIECHÓWKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POMIECHÓWEK 05-180, UL. SŁONECZNA 51 | |
| telefon/ telefony: | 22 785 41 20 | |
| identyfikator REGON | 16239770 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POMIECHÓWEK 05-180, UL. SŁONECZNA 51 | |
| telefon/ telefony | 22 785 41 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ZDROWA RODZINA" S.C., BEATA EL SOUSY, KHALED EL SOUSY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-813, UL. MARYMONCKA 34 | |
| telefon/ telefony: | 22 834 26 77/22 834 66 69 | |
| identyfikator REGON | 16125090 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ZDROWA RODZINA" S.C., BEATA EL SOUSY, KHALED EL SOUSY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-813, UL. MARYMONCKA 34 | |
| telefon/ telefony | 22 834 26 77/22 834 66 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWA RODZINA PRZYCHODNIA LEKARSKA, SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPOŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-785, UL. PUSZCZYKA 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 644 88 35/22 230 22 04 | |
| identyfikator REGON | 1611984600025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-785, UL. PUSZCZYKA 14 | |
| telefon/ telefony | 516 701 113 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony: | 515 823 070 | |
| identyfikator REGON | 382133498-00010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 48 312 13 60 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAWOR SOLECKI 27-350, JAWOR SOLECKI 135 | |
| telefon/ telefony | 48 377 10 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49 | |
| telefon/ telefony: | 22 737 50 50 | |
| identyfikator REGON | 17495161 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-287, UL. BERENSONA 11 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-390, UL. GRÓJECKA 132 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-737, UL. ELBLĄSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-123, UL.MARIAŃSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL.WARSZAWSKA 55 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. OGRODOWA 20C | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. NAGÓRSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-248, JANA KAZIMIERZA 28/5LU, 6LU, 7LU, 8LU | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-138, STRUMYKOWA 4/U1,U2,U4 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-248, JANA KAZIMIERZA 64/U4 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-777, UL. CISZEWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony: | 22 737 50 50 | |
| identyfikator REGON | 142994275 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-777, UL. CISZEWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MTL CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49 | |
| telefon/ telefony: | 22 737 50 50 | |
| identyfikator REGON | 366729708 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, AL. RZECZYPOSPOLITEJ 1 | |
| telefon/ telefony | 22 737 50 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | YOUR MED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-652, UL. MAGAZYNOWA 9 | |
| telefon/ telefony: | 500 629 000 | |
| identyfikator REGON | 366236839 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | YOUR MED SP. Z O.O. | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-652, UL. MAGAZYNOWA 9 | |
| telefon/ telefony | 500 629 000 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA W DĘBEM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. POEZJI 2 | |
| telefon/ telefony: | 604 411 911 | |
| identyfikator REGON | 146010005 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBE WIELKIE 05-311, UL. SZKOLNA 40 | |
| telefon/ telefony | 728 378 544 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWA-MED SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. DWORCOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 24 262 06 98/601 180 433 | |
| identyfikator REGON | 611418809 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. DWORCOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 262 06 98/601 180 433 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "RES-MED 40" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE 05-816, UL. LUDOWA 7 | |
| telefon/ telefony: | 22 723 83 06 | |
| identyfikator REGON | 16638026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MICHAŁOWICE 05-816, UL. LUDOWA 7 | |
| telefon/ telefony | 22 723 83 06 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WARSAW MEDICAL CENTER, WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4 | |
| telefon/ telefony: | 608 006 106 | |
| identyfikator REGON | 141454750 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4 | |
| telefon/ telefony | 608 006 106/608 006 108 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA SP ZOZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-911, UL. NOWOWIEJSKA 31 | |
| telefon/ telefony: | 22 526 42 17 | |
| identyfikator REGON | 13280825 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-643, UL. NOWOWIEJSKA 5 | |
| telefon/ telefony | 662 097 317 | 5 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SHT ANNA JASZCZEWSKA-DOMAGAŁA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 2 | |
| telefon/ telefony: | 502 503 188 | |
| identyfikator REGON | 1238806400124 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 2 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 573 010 100 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA GOŁĘBIÓW SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. PADEREWSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony: | 48 381 62 52 | |
| identyfikator REGON | 671927102 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. PADEREWSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony | 48 364 63 71 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EWA CHUDECKA-DZIEKAN NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIENIAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86 | |
| telefon/ telefony: | 48 673 00 09 | |
| identyfikator REGON | 670930214 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86 | |
| telefon/ telefony | 48 673 00 09 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "MEDICOR" MAŁGORZATA ZEMBRZUSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-633, UL. OKREŚLONA 19 | |
| telefon/ telefony: | 22 627 11 01 | |
| identyfikator REGON | 01192462600040 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-720, UL. CZERNIAKOWSKA 131/2 | |
| telefon/ telefony | 22 841 05 11 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-454, UL. MIKKEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 22 627 11 01 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IZI-MED. S.C. IZABELLA KWIECIŃSKA PAWEŁ GRABARCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29 | |
| telefon/ telefony: | 697 637 148/695-431-723 | |
| identyfikator REGON | 141631576 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ IZI-MED BIAŁOBRZEGI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29 | |
| telefon/ telefony | 883 623 370 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL.SYBIRAKÓW 18 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 71 22 | |
| identyfikator REGON | 550072568 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LELIS 07-402, DĄBRÓWKA 52 | |
| telefon/ telefony | 29 761 71 22 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIEPIELOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIEPIELÓW 27-310, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 6 | |
| telefon/ telefony: | 500 102 891 | |
| identyfikator REGON | 671958232 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CIEPIELOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIEPIELÓW 27-310, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 6 | |
| telefon/ telefony | 48 378 80 11/500 102 891 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CM WORONICZA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-625, UL. WORONICZA 15 | |
| telefon/ telefony: | 699 713 767 | |
| identyfikator REGON | 16095152 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA KEN CYBISA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-784, UL. JANA CYBISA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 407 55 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CM WORONICZA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-625, UL. WORONICZA 15 | |
| telefon/ telefony | 699 713 767 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ S.C. A. BARBULANT, K. ZANIEWSKA, S. MYSZKOWSKI, A. MIKULSKA-KOZARZEWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZCZONÓW 96-320,UL. MAKLAKIEWICZA 3 | |
| telefon/ telefony: | 46 857 16 56 | |
| identyfikator REGON | 750137379 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI + PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZCZONÓW 96-320,UL. MAKLAKIEWICZA 3 | |
| telefon/ telefony | 46 857 16 56/663 233 862 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CEL-MED CECYLIA STRĄK-KONDRACIUK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STOCZEK, 07-104, UL. 3 MAJA 1A | |
| telefon/ telefony: | 608 407 583 | |
| identyfikator REGON | 550412337 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STOCZEK 07-104, UL. 3 MAJA 1A | |
| telefon/ telefony | 666 866 067/25 691 91 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.08.2021 r. - 31.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LESZEK JAKUBCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUNIN 07-440, KUNIN 20 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 43 03 | |
| identyfikator REGON | 550069922 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KUNIN 07-440, KUNIN 20 | |
| telefon/ telefony | 29 761 43 03 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAREK CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W HUSZLEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HUSZLEW 08-206, HUSZLEW 150 | |
| telefon/ telefony: | 604 204 759 | |
| identyfikator REGON | 03023101200034 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HUSZLEW 08-206, HUSZLEW 150 | |
| telefon/ telefony | 833 580 121 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KATARZYNA GOLA-PAWEŁKO PRAKTYKA LEKARSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. DASZYŃSKIEGO 21A | |
| telefon/ telefony: | 29 742 91 20 | |
| identyfikator REGON | 14252853800028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA MYSTKOWSKA, 07-206, WOLA MYSTKOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 29 741 83 79 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | AGNIESZKA MARIA MICKIEWICZ-MACIEJEWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOMIANKA-PARCELE 07-203, SOMIANKA-PARCELE 25B | |
| telefon/ telefony: | 29 741 87 22 | |
| identyfikator REGON | 55066574200034 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOMIANKA-PARCELE 07-203, SOMIANKA-PARCELE 25B | |
| telefon/ telefony | 29 741 87 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁĄD OPIEKI ZDROWOTNEJ"SERDUCHO" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. PIŁATA 20A | |
| telefon/ telefony: | 508 311 078 | |
| identyfikator REGON | 363241484 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. PIŁATA 20A | |
| telefon/ telefony | 29 766 61 73 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONUS - TOMASZ WOLAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPOWIEC KOŚCIELNY 06-545, LIPOWIEC KOŚCIELNY 26 | |
| telefon/ telefony: | 23 655 50 03 | |
| identyfikator REGON | 13037690200036 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPOWIEC KOŚCIELNY 06-545, LIPOWIEC KOŚCIELNY 26 | |
| telefon/ telefony | 23 655 50 03 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | BELLESA-MED ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230,UL. ZAŁUSKIEGO 35 | |
| telefon/ telefony: | 510 519 380 | |
| identyfikator REGON | 386089570 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BELLESA-MED ZDROWIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230,UL. ZAŁUSKIEGO 35 | |
| telefon/ telefony | 510 519 380 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EDYTA BRZOZOWSKA PRZYCHODNIA LEKARSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. PŁOCKA 43 | |
| telefon/ telefony: | 23 654 62 62 | |
| identyfikator REGON | 141462197 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. PŁOCKA 43 | |
| telefon/ telefony | 23 654 62 62/731 730 543/536 831 075 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPOIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MARIA GRYGLEWSKA TADEUSZ GRYGLEWSKI SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JBARTODZIEJE 26-631, BARTODZIEJE 14 | |
| telefon/ telefony: | 48 610 66 03 | |
| identyfikator REGON | 671977241 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JBARTODZIEJE 26-631, BARTODZIEJE 14 | |
| telefon/ telefony | 48 610 66 03 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASTRZĘBIA 26-631, JASTRZĘBIA 119 | |
| telefon/ telefony | 48 610 68 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LEKARZE CICHOWSKI-POBOŻY SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MACIEJOWICE 08-480, UL. PIRAMOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony: | 25 682 57 18 | |
| identyfikator REGON | 712375602 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MACIEJOWICE 08-480, UL. PIRAMOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony | 511 721 123 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PETRA MEDICA SP Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166 | |
| telefon/ telefony: | 22 740 20 20 | |
| identyfikator REGON | 015666180 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166 | |
| telefon/ telefony | 22 740 20 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-128, UL. OMULEWSKA 27 | |
| telefon/ telefony | 22 740 20 20 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DRĘŻEWO 07-415, UL. CISOWA 7 | |
| telefon/ telefony | 22 113 97 93 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-401, UL. GAWĘDZIARZY 18 | |
| telefon/ telefony | 22 113 97 84 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | „KA-MED" KATARZYNA WYSOCKA KAMILA KYCZYŃSKA-MAKRZANOWSKA SP.J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. 11 LISTOPADA 2 | |
| telefon/ telefony: | 29 645 65 55 | |
| identyfikator REGON | 384290931 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY Z PUNKTEM SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. 11 LISTOPADA 2 | |
| telefon/ telefony | 29 645 65 55/537 531 101 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - TARGÓWEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-545, UL. TYKOCIŃSKA 34 | |
| telefon/ telefony: | 22 518 26 41 | |
| identyfikator REGON | 145950090 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-550, UL. REMISZEWSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 22 679 03 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-343, UL. REMBIELIŃSKA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 519 13 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-392, UL. ŁOJEWSKA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 811 06 72 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-368, UL. POBORZAŃSKA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 519 85 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA OSIR TARGÓWEK | 14 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-542, UL. OSSOWSKIEGO 25 | |
| telefon/ telefony | 724 203 205 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.12.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - BIAŁOŁĘCKI OŚRODEK SPORTU | 20 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-138, UL. STRUMYKOWA 21 | |
| telefon/ telefony | 726 205 203 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.12.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W CENTRUM ZDROWIA BIAŁOŁĘKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-260, UL. PRZYKOSZAROWA 16 | |
| telefon/ telefony | 668 491 000 | |
| Data dodania do wykazu | 01.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-130, UL. MILENIJNA 4 | |
| telefon/ telefony | 512 911 609 | |
| Data dodania do wykazu | 01.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE PLUS | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58 | |
| telefon/ telefony: | 22 867 88 61 | |
| identyfikator REGON | 13290427 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58 | |
| telefon/ telefony | 22 867 88 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKARZEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW 08-450, UL. DUŻY RYNEK 32 | |
| telefon/ telefony: | 25 684 50 17 | |
| identyfikator REGON | 711584580 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW 08-450, UL. DUŻY RYNEK 32 | |
| telefon/ telefony | 25 684 50 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA PRAGA-POŁUDNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-082, UL. KRYPSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 22 813 30 51 | |
| identyfikator REGON | 01286757000028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - OSTROŁĘCKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-102, UL. OSTROŁĘCKA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 810 20 43 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - SASKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-914, UL. SASKA 61 | |
| telefon/ telefony | 22 617 30 03 | |
| Data dodania do wykazu | 15.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA PRAGA POŁUDNIE - ABRAHAMA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. ABRAHAMA 16 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 671 22 56 | |
| Data dodania do wykazu | 15.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO UL. GROCHOWSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-822, UL. GROCHOWSKA 339 | |
| telefon/ telefony | 22 870 15 77 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD LECZNICTWA OTWARTEGO UL. STYRSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-188, UL. STYRSKA 44 | |
| telefon/ telefony | 22 810 24 91 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEDLCACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 15 | |
| telefon/ telefony: | 797 043 207 | |
| identyfikator REGON | 00031030900027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OGÓLNA IZBA PRZYJĘĆ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. STAROWIEJSKA 15 | |
| telefon/ telefony | 797 101 449 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOTUNIU - FILIA PRZYCHODNI POZ NR 3 W SIEDLCACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOTUŃ 08-130, UL. SIEDLECKA 60 A | |
| telefon/ telefony | 25 641 43 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SUCHOŻEBRACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHOŻEBRY 08-125, UL. ALEKSANDRY OGIŃSKIEJ 11 | |
| telefon/ telefony | 25 631 45 90 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA RADZIWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-401, UL. POPŁACIŃSKA 42 | |
| telefon/ telefony: | 24 268 50 83 | |
| identyfikator REGON | 140894842 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-401, UL. POPŁACIŃSKA 42 | |
| telefon/ telefony | 24 268 50 83 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-401, UL. OSIEDLOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 24 231 48 36 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BOROWICZKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-408, UL. BOROWICKA 3B | |
| telefon/ telefony: | 24 264 83 64 | |
| identyfikator REGON | 147314693 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-408, UL. BOROWICKA 3B | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 24 264 83 64 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1 | |
| telefon/ telefony: | 23 691 40 15 | |
| identyfikator REGON | 13006979000060 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZEWODOWO-PARCELE 06-126, PRZEWODOWO-PARCELE 141 | |
| telefon/ telefony | 23 691 30 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYSZKI, 06-126, SZYSZK 97/2 | |
| telefon/ telefony | 23 691 52 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED WINNICA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1 | |
| telefon/ telefony | 23 691 40 15 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DAR-MED OBRYTE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OBRYTE 07-215, OBRYTE 47 | |
| telefon/ telefony | 29 741 10 06 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOBYŁCE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. ŻYMIRSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 182 25 80 | |
| identyfikator REGON | 017172050 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ (DLA DOROSŁYCH I DZIECI) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. ŻYMIRSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 22 182 25 80 WEW. 6 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEK. MED. BOŻENA MROZOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. STRUMYKOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 29 748 33 09 WEWN. 20 | |
| identyfikator REGON | 55032524 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. STRUMYKOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 883 936 985 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AMED - AMBROZIAK ZOFIA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. PIŁSUDSKIEGO 33 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 55 80 | |
| identyfikator REGON | 670609966 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ AMED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. PIŁSUDSKIEGO 33 | |
| telefon/ telefony | 48 664 55 80/669 490 503/576-419-311 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OPRA-MED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAW 03-549, UL. RADZYMIŃSKA 109/1 | |
| telefon/ telefony: | 22 299 38 99 | |
| identyfikator REGON | 36219600000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-442, UL. NIKE 29 | |
| telefon/ telefony | 22 299 38 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ELBIT MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-187, UL. WOLSKA 44/41 | |
| telefon/ telefony: | 503 123 592 | |
| identyfikator REGON | 38384899200019 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHRÓB WEWNĘTRZNYCH | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. STRAŻACKA 7 | |
| telefon/ telefony | 23 672 35 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA W LEGIONOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8 | |
| telefon/ telefony: | 26 186 60 40 | |
| identyfikator REGON | 016137181 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-119, UL. ZEGRZYŃSKA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 381 25 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.12.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WARSZAWA WOLA-ŚRÓDMIEŚCIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-445, UL. CIOŁKA 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 836 71 81 | |
| identyfikator REGON | 101839600174 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-418, UL. OBOZOWA 63/65 | |
| telefon/ telefony | 533 272 695 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14 | |
| telefon/ telefony | 533 258 193 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-123, UL. ELEKCYJNA 54 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 299 32 49 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-199, UL. LESZNO 17 | |
| telefon/ telefony | 22 299 45 98 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-152, UL. PŁOCKA 49 | |
| telefon/ telefony | 22 299 41 58 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-863, UL. GRZYBOWSKA 34 | |
| telefon/ telefony | 22 299 24 26 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWOLIPIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-002, UL. NOWOLIPIE 31 | |
| telefon/ telefony | 22 299 10 41 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ MIEDZIANA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-814, UL. MIEDZIANA 2 | |
| telefon/ telefony | 22 299 12 78 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DRGONÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-467, UL. DRAGONÓW 6A | |
| telefon/ telefony | 22 299 31 84 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA - PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ CIOŁKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-445, UL. CIOŁKA 11 | |
| telefon/ telefony | 22 299 41 02 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - STADION LEGII | 30 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-449, UL. ŁAZIENKOWSKA 3 | |
| telefon/ telefony | 22 299 03 54 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PRZYCHODNIA CHMIELNA | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-020, UL. CHMIELNA 14 | |
| telefon/ telefony | 22 299 03 54 | |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BARTOSZEK, MICHALCZEWSCY, CELIŃSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZOGRÓD 09-450, UL. PŁOCKA 29 | |
| telefon/ telefony: | 24 231 10 92 | |
| identyfikator REGON | 61106465900020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIANOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZOGRÓD 09-450, UL. PŁOCKA 29 | |
| telefon/ telefony | 24 231 10 92 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NEUCA MED Sp z.o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ 87-100, UL. FORTECZNA 35-37 | |
| telefon/ telefony: | 511 054 297 | |
| identyfikator REGON | 341477181 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. JANA PAWŁA II 39 | |
| telefon/ telefony | 728 810 393 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUPNO 09-472, UL. MISZEWSKA 8A | |
| telefon/ telefony | 728 810 393 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KULIGÓW 05-254, UL. WARSZAWSKA 5 | |
| telefon/ telefony | 29 758 02 02 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. MSZCZONOWSKA 35 | |
| telefon/ telefony | 48 670 50 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-392, UL. CHRZANOWSKIEGO 8A | |
| telefon/ telefony | 22 590 57 80 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOSTYNIN 09-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 35 | |
| telefon/ telefony | 501 749 597 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS JÓZEFKÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFKÓW 09-500, JÓZEFKÓW 19B | |
| telefon/ telefony | 24 235 18 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS LUCIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUCIEŃ 09-500, LUCIEŃ 55 | |
| telefon/ telefony | 24 236 40 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDICUS SOKOŁÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKOŁÓW 09-500, SOKOŁÓW 16C | |
| telefon/ telefony | 24 235 19 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA W GOSTYNINIE | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOSTYNIN, 09-500, UL. KUTNOWSKA 7 A | |
| telefon/ telefony | 501 749 597 | |
| Data dodania do wykazu | 24.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SŁUPNO | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUPNO, 09-472, UL. MISZEWSKA 8 B | |
| telefon/ telefony | 501 746 676 | |
| Data dodania do wykazu | 16.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLIŃSKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDLIŃSK 26-660, UL. WARECKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 312 11 86 | |
| identyfikator REGON | 670228655 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDLIŃSK 26-660, UL. WARECKA 4 | |
| telefon/ telefony | 48 312 11 86 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BIOVENA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILANÓWEK 05-822, UL. MICKIEWICZA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 722 38 08 | |
| identyfikator REGON | 1285682600-028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OŻARÓW MAZOWIECKI 05-850, UL. POZNAŃSKA 127 | |
| telefon/ telefony | 22 439 58 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ (DODATKOWY) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-860 UL. LIPOWA 28A | |
| telefon/ telefony | 22 439 58 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PALIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIAST 09-120, UL. GŁÓWNY RYNEK 12 | |
| telefon/ telefony: | 23 661 40 06 | |
| identyfikator REGON | 13095600000000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO 09-120, UL. APTECZNA 5 | |
| telefon/ telefony | 23 661 40 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ „REVITA" S.C. RENATA SKUBA, ZBIGNIEW WITOLD SKUBA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, UL. BOHATERÓW WARSZAWY 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 792 20 12 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 711650182 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORANIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, UL. BOHATERÓW WARSZAWY 2 | |
| telefon/ telefony | 25 792 20 12/792 297 230 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W JABŁONNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONNA 05-110, UL. PARKOWA 21 | |
| telefon/ telefony: | 22 782 43 35 | |
| identyfikator REGON | 1080611000048 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONNA 05-110, UL. PARKOWA 21 | |
| telefon/ telefony | 22 782 43 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOTOMÓW 05-123, UL. PARTYZANTÓW 10A | |
| telefon/ telefony | 22 772 62 95 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA ALMED ALICJA PAWŁOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. ŻEROMSKIEGO 41A | |
| telefon/ telefony: | 46 862 45 44 | |
| identyfikator REGON | 750041171 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. ŻEROMSKIEGO 41A | |
| telefon/ telefony | 46 863 45 44/46 862 45 08/662 412 895 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VALMED S. C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO 96-514, UL. PARKOWA 1 | |
| telefon/ telefony: | 46 861 16 16 | |
| identyfikator REGON | 16163511 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYBNO 96-514, UL. PARKOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 46 861 16 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DETOKS FENIX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAPUTY 05-850, UL. UMIASTOWSKA 50A | |
| telefon/ telefony: | 537 677 773 | |
| identyfikator REGON | 383043113 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 7 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAPUTY 05-850, UL. UMIASTOWSKA 50A | |
| telefon/ telefony | 602 777 320 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KATARZYNA HUMIĘCKA SALUS NZOZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRUDUSK 06-460, UL. PL.GRUNWALDU 3 | |
| telefon/ telefony: | 23 671 50 17 | |
| identyfikator REGON | 13030280300025 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRUDUSK 06-460, UL. PL.GRUNWALDU 3 | |
| telefon/ telefony | 23 671 50 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" W OSIECKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSIECK 08-445, UL. RYNEK 21 | |
| telefon/ telefony: | 25 685 70 22 | |
| identyfikator REGON | 712364828 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSIECK 08-445, UL. RYNEK 21 | |
| telefon/ telefony | 799 860 630 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRYSTYNA POTACZEK PRZYCHODNIA ŚWIERCZEWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. ŚWIERCZEWO 35 | |
| telefon/ telefony: | 501 537 321/29 752 20 78 | |
| identyfikator REGON | 38142460900018 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. ŚWIERCZEWO 35 | |
| telefon/ telefony | 29 752 20 78 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZYMON LEJKOWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHOCIN 09-110 ,UL. CIECHANOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony: | 23 661 80 06 | |
| identyfikator REGON | 130299389 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHOCIN 09-110, UL. CIECHANOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 602 668 663 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA KAZIMIERZ DOBKOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZARNIA, 07-431, CZARNIA 35 | |
| telefon/ telefony: | 29 772 70 16 | |
| identyfikator REGON | 550071072 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZARNIA, 07-431, CZARNIA 35 | |
| telefon/ telefony | 29 772 70 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL. WARECKA 15A | |
| telefon/ telefony: | 22 754 42 02 | |
| identyfikator REGON | 1641540900026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-510, UL. WARECKA 15A | |
| telefon/ telefony | 22 756 46 93 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. POCZTOWA 6 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 756 43 09 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁOMCZYN 05-520, UL. WILANOWSKA 277 | |
| telefon/ telefony | 22 754 43 61 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPACZ 05-520, OPACZ 8 | |
| telefon/ telefony | 22 754 31 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CLINAG SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIEKANÓW LEŚNY 05-092, UL. WALIGÓRY 37 | |
| telefon/ telefony: | 530 530 980 | |
| identyfikator REGON | 36918033500010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755, UL. KRASIŃSKIEGO 58/LU3 | |
| telefon/ telefony | 530 530 980 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.08.2021 r. - 22.08.2021 r.<br>CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ "POŁUDNIE" W RADOMIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL.CZARNOLESKA 19 | |
| telefon/ telefony: | 48 331 86 22 | |
| identyfikator REGON | 67196668000029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL.CZARNOLESKA 19 | |
| telefon/ telefony | 48 331 96 04 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SABINA ANGIELCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3 | |
| telefon/ telefony: | 29 646 29 13 | |
| identyfikator REGON | 550070664 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3 | |
| telefon/ telefony | 29 646 29 13/29 646 30 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA W WIŚNIEWIE GRABEK I GRABEK S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIEW 08-112, UL. SANITARIUSZEK 1 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 71 61 | |
| identyfikator REGON | 14652825100025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIEW 08-112, UL. SANITARIUSZEK 1 | |
| telefon/ telefony | 25 641 71 61 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ REGIONALNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ODRZYWÓŁ 26-425, UL. WARSZAWSKA 55 | |
| telefon/ telefony: | 48 671 60 23/668 633 151 | |
| identyfikator REGON | 384977668 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ODRZYWÓŁ 26-425, UL. WARSZAWSKA 55 | |
| telefon/ telefony | 48 671 60 23 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZWA, 03-948, SASKA 63/75 | |
| telefon/ telefony: | 22 514 60 00 | |
| identyfikator REGON | 000292646 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SEKCJA SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-948, UL. SASKA 63/75 | |
| telefon/ telefony | 723 203 207 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "MILMED" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. DASZYŃSKIEGO 5A | |
| telefon/ telefony: | 25 752 20 59 | |
| identyfikator REGON | 710504107-00021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. KRESOWA 65 | |
| telefon/ telefony | 690 310 513 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "SANITAS: | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONA 09-310, UL. PIWNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 90 53 | |
| identyfikator REGON | 13037037700028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY-PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONA 09-310, UL. PIWNA 1 | |
| telefon/ telefony | 23 657 90 53 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FUNDACJA HOSPICJUM ONKOLOGICZNE ŚWIĘTEGO KRZYSZTOFA W WARSZAWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105 | |
| telefon/ telefony: | 883 840 695 | |
| identyfikator REGON | 00141106000057 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. PILECKIEGO 105 | |
| telefon/ telefony | 883 840 695 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRAJOWA FUNDACJA MEDYCZNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 12 | |
| telefon/ telefony: | 22 703 43 93 | |
| identyfikator REGON | 01552824100047 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-411, AL. SOLIDARNOŚCI 12 | |
| telefon/ telefony | 22 703 43 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-136, PL. ŻELAZNEJ BRAMY 10 | |
| telefon/ telefony | 22 703 43 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - KLESZCZOWA 26B | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-485, UL. KLESZCZOWA 26B | |
| telefon/ telefony | 22 863 63 46 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - GROCHOWSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-186, UL. GROCHOWSKA 23/31 | |
| telefon/ telefony | 22 703 43 85 | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.04.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - KLESZCZOWA 3A | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA,02-485, UL. KLESZCZOWA 3A | |
| telefon/ telefony | 22 703 43 85 | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" JANUSZ LEŚNIK NAZWA SKRÓCONA NZOZ CENTRUM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULEJÓWEK 05-070, UL. 11 LISTOPADA 87 | |
| telefon/ telefony: | 22 783 39 32 | |
| identyfikator REGON | 01130724700036 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULEJÓWEK 05-070, UL. 11 LISTOPADA 87 | |
| telefon/ telefony | 22 783 39 32 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HIPOLITÓW 05-074, UL. WARSZAWSKA 63 | |
| telefon/ telefony | 22 185 55 88 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JERZY PETZ MEDIQ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. PIŁSUDSKIEGO 20 | |
| telefon/ telefony: | 22 774 26 40 | |
| identyfikator REGON | 010313501 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. PIŁSUDSKIEGO 20 | |
| telefon/ telefony | 22 774 26 40 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WIACZESŁAW GRYSZKIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GULCZEWO 07-200, UL. CENTRALNA 17/19 | |
| telefon/ telefony: | 29 757 12 42 | |
| identyfikator REGON | 15482869 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA DZIECI I DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZABRODZIE 07-230, UL. WŁ. ST. REYMONTA 14 | |
| telefon/ telefony | 29 757 12 41 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA ZAMŁYNIE SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. KLONOWICA 10/12 | |
| telefon/ telefony: | 48 331 06 18 | |
| identyfikator REGON | 671965700 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA LEKARSKA ZAMŁYNIE SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. KLONOWICA 10/12 | |
| telefon/ telefony | 48 331 06 18 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BIOVIRTUS RESEARCH SITE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-928 , UL. AUGUSTYNA LOCCIEGO 5/2 | |
| telefon/ telefony: | 022 101 07 54 | |
| identyfikator REGON | 14642191000021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BIOVIRTUS CENTRUM MEDYCZNE PORADNIA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, AL. KEN 36/U-133 | |
| telefon/ telefony | 22 101 07 05 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL CLINIC SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-294, UL. KWATERY GŁÓWNEJ 46/U1 | |
| telefon/ telefony: | 22 414 14 80 | |
| identyfikator REGON | 142607918 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-294, UL. KWATERY GŁÓWNEJ 46/U1 | |
| telefon/ telefony | 22 414 14 80 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRZÓZIE NOWOCIEŃ BEATA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZÓZA 26-903, UL. RADOMSKA 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 623 01 30 | |
| identyfikator REGON | 670997572 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZÓZA 26-903, UL. RADOMSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 48 623 01 30 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "USTRONIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WYŚCIGOWA 12 | |
| telefon/ telefony: | 48 366 53 76 | |
| identyfikator REGON | 671967395 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WYŚCIGOWA 12 | |
| telefon/ telefony | 48 366 53 76/533 347 230/533 348 230/577 548 555/48 366 52 22 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JASTRZĘBIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASTRZĄB 26-502, UL. ZIELONA 68 | |
| telefon/ telefony: | 48 312 17 60 | |
| identyfikator REGON | 673017278 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASTRZĄB 26-502, UL. ZIELONA 68 | 1 |
| telefon/ telefony | 48 312 17 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SYLWIA FIGURA-MIROŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-401, AL. WOJSKA POLSKIEGO 26/26 | |
| telefon/ telefony: | 29 769 16 73 | |
| identyfikator REGON | 550070233 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-401, AL. WOJSKA POLSKIEGO 26/26 | |
| telefon/ telefony | 29 769 16 73 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO "TWOJE ZDROWIE"-SŁAWOMIR SZEWCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGUTY-PIANKI 07-325,UL. TARGOWA 17 | |
| telefon/ telefony: | 86 277 50 06 | |
| identyfikator REGON | 450192146 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOGUTY-PIANKI 07-325,UL. TARGOWA 17 | |
| telefon/ telefony | 86 277 50 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ W PROMNIE Z SIEDZIBĄ W FALĘCICACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FALĘCICE 26-803, FALĘCICE 41 | |
| telefon/ telefony: | 48 615 10 14 | |
| identyfikator REGON | 670133268 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | FALĘCICE 26-803, FALĘCICE 41 | |
| telefon/ telefony | 48 615 10 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PULS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MROZY 05-320, UL. WILLOWA 12 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 40 22 | |
| identyfikator REGON | 712356272 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MROZY 05-320, UL. WILLOWA 12 | |
| telefon/ telefony | 25 757 40 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ "MULTI-MED" HANNA BRUSIKIEWICZ I SKA - SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-059, UL. OKOPOWA 33 | |
| telefon/ telefony: | 22 636 47 74 | |
| identyfikator REGON | 015497227 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-672, UL. POLNA 3 | |
| telefon/ telefony | 22 636 47 74 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRAPA MEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, AL. WOJSKA POLSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony: | 22 717 40 03/22 717 40 01 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 10271174 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-520, AL. WOJSKA POLSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 22 717 40 03/22 717 40 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZE RODZINNI „SALUS AEGROTI"SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 25 CZERWCA 81 | |
| telefon/ telefony: | 48 340 24 55 | |
| identyfikator REGON | 671927562 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 25 CZERWCA 81 | |
| telefon/ telefony | 514 951 999 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICAL DYNAMICS SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAW 04-637, UL. IX POPRZECZNA 3A | |
| telefon/ telefony: | 570 411 150 | |
| identyfikator REGON | 387057655 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-310, UL. ROZŁOGI 18/4 | |
| telefon/ telefony | 570 411 150 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-637, UL. ALPEJSKA 4A | |
| telefon/ telefony | 570 411 150 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FUNDACJA "SPRAWNOŚĆ W KAŻDYM WIEKU" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-202 UL. DRAWSKA 10/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 840 72 17 | |
| identyfikator REGON | 146402030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-780, UL. LUDOWA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 840 72 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BORKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. HM KPT EUGENIUSZA STASIECKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 331 16 47 | |
| identyfikator REGON | 671967076 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. HM KPT EUGENIUSZA STASIECKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 48 331 16 47 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICERS SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31 | |
| telefon/ telefony: | 22 744 31 50 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 15791560 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-683, UL. TUŻYCKA 31 | |
| telefon/ telefony | 22 744 31 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ORPEA POLSKA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-838 UL. PROSTA 69 | |
| telefon/ telefony: | 22 888 59 42 | |
| identyfikator REGON | 01723498600030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-743,UL. KIJOWSKA 11 | |
| telefon/ telefony | 22 518 91 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITA-MED JOANNA SŁOMSKA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOWOROWO 07-440, UL. DULCZEWSKIEGO 1B | |
| telefon/ telefony: | 29 761 52 00 | |
| identyfikator REGON | 550061027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOWOROWO 07-440, UL. DULCZEWSKIEGO 1B | |
| telefon/ telefony | 29 761 52 00/575 778 776 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA "PANACEUM" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500,UL. REYMONTA 8 | |
| telefon/ telefony: | 23 654 20 25 | |
| identyfikator REGON | 130237603 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500,UL. REYMONTA 8 | |
| telefon/ telefony | 23 654 20 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SC "RAZEM" ALEKSANDER RYBNER I MAGDALENA DOMAŃSKA-RYBNER | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JADÓW 05-280, UL.KOŚCIUSZKI 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 675 47 50 | |
| identyfikator REGON | 711636911 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JADÓW 05-280, UL. KOŚCIUSZKI 2 | |
| telefon/ telefony | 25 675 47 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO VENA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12 | |
| telefon/ telefony: | 23 658 20 76 | |
| identyfikator REGON | 130370390-00025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12 | |
| telefon/ telefony | 23 658 20 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWIE - BRUDZEŃSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2 | |
| telefon/ telefony: | 24 260 40 21 | |
| identyfikator REGON | 611046791 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2 | |
| telefon/ telefony | 24 260 40 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGIELNICY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40 | |
| telefon/ telefony: | 48 663 50 11 | |
| identyfikator REGON | 671953097 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40 | |
| telefon/ telefony | 48 663 50 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNE CENTRUM MEDYCZNO- REHABLILITACYJNE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124 | |
| telefon/ telefony: | 22 725 70 52 | |
| identyfikator REGON | 1620723700028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY (PUNKT SZCZEPIEŃ) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124 | |
| telefon/ telefony | 22 725 70 52 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA-PÓŁNOC | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-719, UL. JAGIELLOŃSKA 34 | |
| telefon/ telefony: | 22 619 42 31 | |
| identyfikator REGON | 00031141500022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-548, UL. RADZYMIŃSKA 101/103 | |
| telefon/ telefony | 22 678 06 93 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA CENTRUM DIAGNOSTYCZNO SPECJALISTYCZNE UL. DĄBROWSZCZAKÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-476, UL. DĄBROWSZCZAKÓW 5A | |
| telefon/ telefony | 22 619 77 71 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNA GILARSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-589, UL.GILARSKA 23 | |
| telefon/ telefony | 22 679 53 54 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNO - SPECJALISTYCZNA JAGIELLOŃSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-719, UL. JAGIELLOŃSKA 34 | |
| telefon/ telefony | 22 619 42 31 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA OTWOCKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-759, UL. OTWOCKA 1 | |
| telefon/ telefony | 22 619 43 31 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO W KARCZEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARCZEW 05-480, UL. OTWOCKA 28 | |
| telefon/ telefony: | 22 780 65 91 | |
| identyfikator REGON | 10487980 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARCZEW 05-480, UL. OTWOCKA 28 | |
| telefon/ telefony | 22 780 65 91 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WARSZAWA-BIAŁOŁĘKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-130, UL. MILENIJNA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 519 33 03 | |
| identyfikator REGON | 16292906 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-260, UL. PRZYKOSZAROWA 16 | |
| telefon/ telefony | 668 491 000 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA - GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-130, UL. MILENIJNA 4 | |
| telefon/ telefony | 512 911 609 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA RODZINNA - GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-042, UL. MARYWILSKA 44 | |
| telefon/ telefony | 22 819 40 07 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SALUS MICHAŁ KUNDZIOŁKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓWEK 05-205, UL. KOCZOROWSKIEJ 2 | |
| telefon/ telefony: | 29 743 50 40 | |
| identyfikator REGON | 72165972 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓWEK 05-205, UL. KOCZOROWSKIEJ 2 | |
| telefon/ telefony | 501 678 585 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RODZINA" KATARZYNA URBAŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DUNINÓW 09-505, UL. DŁUGA 2 | |
| telefon/ telefony: | 24 261 02 60 | |
| identyfikator REGON | 610330231 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DUNINÓW 09-505, UL. DŁUGA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 261 02 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCZEWKA 09-506, UL. SPACEROWA 3 | 1 |
| telefon/ telefony | 24 261 01 40 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO, 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 774 51 51 | |
| identyfikator REGON | 14154541100026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO, 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 22 774 51 51 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PUNKT SZCZEPIEŃ LODOWISKO ARENA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO, 05-120, UL. PARKOWA 27 | |
| telefon/ telefony | 22 766 45 22 | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.10.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIERZBICA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZBICA 26-680, UL. SIENKIEWICZA 37 | |
| telefon/ telefony: | 48 618 22 64 | |
| identyfikator REGON | 670579805 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZBICA 26-680, UL. SIENKIEWICZA 37 | |
| telefon/ telefony | 48 618 22 56/797 207 065 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GMINNY SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W IŁŻY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁŻA 27-100, UL. BODZENTYŃSKA 17 | |
| telefon/ telefony: | 48 616 33 67 | |
| identyfikator REGON | 141485057 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁŻA 27-100, UL. BODZENTYŃSKA 17 | |
| telefon/ telefony | 606 891 957/48 616 15 45 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ MEDYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORDY 08-140, PL.ZWYCIĘSTWA 18 | |
| telefon/ telefony: | 664 783 443 | |
| identyfikator REGON | 08-140 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORDY 08-140, PL.ZWYCIĘSTWA 18 | |
| telefon/ telefony | 513 350 204 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARNICA OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-796 ,UL. WĄWOZOWA 22/89 | |
| telefon/ telefony: | 22 100 32 35 | |
| identyfikator REGON | 14584945000027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARE BABICE 05-082, UL. RYNEK 10 | |
| telefon/ telefony | 22 100 32 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - GMINNY OŚRODEK SPORTU I REKREACJI STARE BABICE | 8 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKI-PARCELA, 05-082, UL. POŁUDNIOWA 2 B | |
| telefon/ telefony | 22 100 32 36 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.07.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ KAMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JESIONKA 96-315, UL. PARTYZANTÓW 22 A | |
| telefon/ telefony: | 46 855 32 51 | |
| identyfikator REGON | 016345620-000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JESIONKA 96-315, UL. PARTYZANTÓW 22 A | |
| telefon/ telefony | 46 855 32 51 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ELŻBIETA KALINOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKOBODY 08-124, UL. CMENTARNA 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 13 21 | |
| identyfikator REGON | 146089188 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOKOBODY 08-124, UL. CMENTARNA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 641 13 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DAGIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 31/5 | |
| telefon/ telefony: | 577 883 131 | |
| identyfikator REGON | 15222660 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 31/5 | |
| telefon/ telefony | 577 883 131 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA "COR-VITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. KONSTANTEGO LUBOŃSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 360 31 35 | |
| identyfikator REGON | 671992743 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. KONSTANTEGO LUBOŃSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 48 360 31 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCZNA "VENA" MARCINIAK SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORDY 08-140,UL. 11 LISTOPADA 28/30 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 51 28 | |
| identyfikator REGON | 146213820 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MORDY 08-140,UL. 11 LISTOPADA 28/30 | 1 |
| telefon/ telefony | 25 641 51 28 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SARNAKI 08-220, UL. KILIŃSKIEGO 4B | |
| telefon/ telefony | 833 599 119 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORCZEW 08-108,UL. KS. BRZÓSKI 18 | |
| telefon/ telefony | 25 631 20 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "MARVIT" SPÓŁKA CYWILNA MARYLA WASZCZUK, ANDRZEJ WASZCZUK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. BARTOSZA GŁOWACKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony: | 45 959 53 59 | |
| identyfikator REGON | 017170520 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. BARTOSZA GŁOWACKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 45 959 53 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. KOŚCIELNA 38 | |
| telefon/ telefony | 45 959 53 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NASIELSKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NASIELSK 05-190, UL. SPORTOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 69 12 503 | |
| identyfikator REGON | 01645721800027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NASIELSK 05-190, UL. SPORTOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 23 69 12 503 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIEKSYN 05-192, UL. SPORTOWA 5 | |
| telefon/ telefony | 23 69 35 005 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SOŁDACZEWSKA JOANNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELJODENT" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAROŹREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A | |
| telefon/ telefony: | 24 261 70 15 | |
| identyfikator REGON | 142889934 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STAROŹREBY 09-440, UL. KOŚCIELNA 31A | |
| telefon/ telefony | 24 261 70 15; 882 062 819 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LOTUS MEDICAL CENTER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WÓLKA KOSOWSKA, 05-552, NADRZECZNA 3B/B15 | |
| telefon/ telefony: | 22 708 98 99; 502 771 721 | |
| identyfikator REGON | 141779184 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WÓLKA KOSOWSKA 05-552, UL. NADRZECZNA 3B/B15 | |
| telefon/ telefony | 22 708 98 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA-ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL. DRZYMAŁY 19/21 | |
| telefon/ telefony: | 22 728 63 80 | |
| identyfikator REGON | 01619321600020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL. DRZYMAŁY 19/21 | |
| telefon/ telefony | 22 758 66 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORÓW 05-806, UL. TURKUSOWA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 759 16 57 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. ALEJE LIPOWE 12 | |
| telefon/ telefony: | 48 612 07 74 | |
| identyfikator REGON | 670194494 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. LEGIONISTÓW 38 | |
| telefon/ telefony | 48 612 07 74/48 312 14 46 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POLSKIEJ AGENCJI ŻEGLUGI POWIETRZNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-147, UL. WIEŻOWA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 574 58 22,23,21 | |
| identyfikator REGON | 140886771 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-147, UL. WIEŻOWA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 574 58 23,22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LEOPOLD KMIEĆ SP.KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNO 27-350, UL. SŁONECZNA 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 378 60 25 | |
| identyfikator REGON | 671949552 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIENNO 27-350, UL. SŁONECZNA 2 | |
| telefon/ telefony | 48 378 60 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BASIS S.C. MAGDALENA BIJAK- PERKA, DARIUSZ PERKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODKOWA LEŚNA 05-807, UL. BŁOŃSKA 46/48 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 22 758 92 65 | |
| identyfikator REGON | 017417089 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OWCZARNIA 05-807, UL. KAZIMIERZOWSKA 33D | |
| telefon/ telefony | 22 729 15 01/22 720 65 71 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BŁĘDOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁĘDÓW 05-620, UL. DOLNA 3 | |
| telefon/ telefony: | 48 668 15 76 | |
| identyfikator REGON | 672213014 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WILKÓW DRUGI 05-620, WILKÓW DRUGI 127B | |
| telefon/ telefony | 48 668 15 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEROCKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEROCK 05-140, UL. ANTONIEGO I APOLONIUSZA KĘDZIERSKICH 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 782 66 00 | |
| identyfikator REGON | 017252837 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEROCK 05-140, UL. ANTONIEGO I APOLONIUSZA KĘDZIERSKICH 2 | |
| telefon/ telefony | 22 782 66 00 W 214 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - OŚRODEK ZDROWIA W ZEGRZU | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZEGRZE, 05-131, PŁK. DREWNOWSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 22 782 66 00 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EWA FISZER NADOLNA "EWAMED" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWY 05-652, PNIEWY 5A | |
| telefon/ telefony: | 48 668 69 86 | |
| identyfikator REGON | 672030058 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWY 05-652, PNIEWY 5A | |
| telefon/ telefony | 48 668 69 86 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRZEGORZ ANTONI WIERUSZEWSKI - NZOZ "ESKULAP" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIEWO 06-521, WIŚNIEWO 80 | |
| telefon/ telefony: | 23 655 70 35 | |
| identyfikator REGON | 130421778 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIŚNIEWO 06-521, WIŚNIEWO 80 | |
| telefon/ telefony | 23 655 70 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA AGNIESZKA SIÓDMIAK | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. JANUSZA KORCZAKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 29 764 54 69 | |
| identyfikator REGON | 550378899 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. JANUSZA KORCZAKA 4 | |
| telefon/ telefony | 504 641 776 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEST - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-001, UL. JEROZOLIMSKIE 87 | |
| telefon/ telefony: | 609 505 600 | |
| identyfikator REGON | 381894999 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BEST-MED. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-001, UL. JEROZOLIMSKIE 87 | |
| telefon/ telefony | 609 505 600 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SOLUTION CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-822, UL.GROCHOWSKA 357/619 ZMIANA SIEDZIBY SPÓŁKI NA WARSZAWA 03-808, UL. MIŃSKA 25B | |
| telefon/ telefony: | 798 897 696 | |
| identyfikator REGON | 382582865 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE SOLUTION | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-808, UL. MIŃSKA 25B | |
| telefon/ telefony | 798 897 696 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STAREJ BŁOTNICY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA BŁOTNICA 26-806, STARA BŁOTNICA 9 | |
| telefon/ telefony: | 48 619 70 85 | |
| identyfikator REGON | 670938115 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA BŁOTNICA 26-806, STARA BŁOTNICA 9 | |
| telefon/ telefony | 48 619 70 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIKS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. MIRECKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 360 22 22 | |
| identyfikator REGON | 363669992 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. MIRECKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony | 48 360 22 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOMAŃSCY&WOJNO SPÓŁKA CYWILNA WSPÓLNICY SPÓŁKI MARIA DOMAŃSKA, ZBIGNIEW DOMAŃSKI, MARIUSZ WOJNO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANNIKI 09-540, UL. KRÓTKA 2 | |
| telefon/ telefony: | 24 277 60 28/24 277 61 59 | |
| identyfikator REGON | 611424342 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SANNIKI 09-540, UL. KRÓTKA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 277 60 28/24 277 61 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CELMED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-401, ALEJA WOJSKA POLSKIEGO 22 | |
| telefon/ telefony: | 2907691862 | |
| identyfikator REGON | 5503290702 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-401,UL. WOJSKA POLSKIEGO 22 | |
| telefon/ telefony | 29 769 18 62 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA "PLANTY" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 1905-ROKU 20 | |
| telefon/ telefony: | 48 360 20 16 | |
| identyfikator REGON | 67196619000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA /GABINET/ PIELĘGNIARKI RODZINNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 1905-ROKU 20 | |
| telefon/ telefony | 48 360 20 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA BOGDAN ZACKIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSZYNIEC 07-430, UL. PAWŁOWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony: | 29 760 35 40 | |
| identyfikator REGON | 550068495 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSZYNIEC 07-430, UL. PAWŁOWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony | 297603540 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "ZDROWIE TO MY" - SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. UROCZA 14/0 | |
| telefon/ telefony: | 22 726 00 83 | |
| identyfikator REGON | 146392509 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DZIECI I DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. UROCZA 14/0 | |
| telefon/ telefony | 666 190 200 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA-MOKOTÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-512, UL. MADALIŃSKIEGO 13 | |
| telefon/ telefony: | 22 541 72 70 | |
| identyfikator REGON | 00098582300037 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-512, UL. MADALIŃSKIEGO 13 | |
| telefon/ telefony | 22 541 70 57 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-760, UL. SOCZI 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 642 69 33 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-692, UL. JADŹWINGÓW 9 | |
| telefon/ telefony | 22 843 49 59 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-622,UL. MALCZEWSKIEGO 47A | |
| telefon/ telefony | 22 844 13 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-724, CHEŁMSKA 13/17 | |
| telefon/ telefony | 228401025 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-586, UL. DĄBROWSKIEGO 75A | |
| telefon/ telefony | 22 845 39 62 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-968, UL. PRZYCZÓŁKOWA 33 | |
| telefon/ telefony | 22 544 06 81 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-917, UL. MORSZYŃSKA 33 | |
| telefon/ telefony | 22 842 24 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-735, UL. IWICKA 19 | |
| telefon/ telefony | 22 841 49 05 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY W PORADNI LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-960, UL. KOLEGIACKA 3 | |
| telefon/ telefony | 731 207 150 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA KOMBATANTÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-589, UL. LITEWSKA 11/13 | |
| telefon/ telefony | 22 622 65 60/691 465 100 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ – KLIMCZAKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA,02-797, UL. KLIMCZAKA 4 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 530 438 489, call center 226996099 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SPZOZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48 | 1 |
| telefon/ telefony: | 48 360 60 68 | |
| identyfikator REGON | 670756584 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48 | |
| telefon/ telefony | 48 360 60 68 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PROWITA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-408, UL. GOŚCINIEC 26A | |
| telefon/ telefony: | 24 266 90 70 | |
| identyfikator REGON | 61132334500022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-409, UL. HUBALCZYKÓW 11 | |
| telefon/ telefony | 24 266 90 70 | 3 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TOLEK PRZYCHODNIA DLA DZIECI SP. Z O.O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA WOLA 05-506, UL. POSTĘPU 7 | |
| telefon/ telefony: | 22 750 33 77 | |
| identyfikator REGON | 141534672 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA WOLA 05-506, UL. POSTĘPU 7 | |
| telefon/ telefony | 787 033 133 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SADOWNE 07-140, UL. KOŚCIUSZKI 82 | |
| telefon/ telefony: | 25 675 32 20 | |
| identyfikator REGON | 01642628707-140 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SADOWNE 07-140, UL. KOŚCIUSZKI 82 | |
| telefon/ telefony | 25 675 32 20/25 675 52 22/502 260 715 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KAMILLA TETERYCZ, OLGA TORTYNA MEDICA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. HIACYNTOWA 10 | |
| telefon/ telefony: | 669 901 313 | |
| identyfikator REGON | 060515660 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. CIEPLARNIANA 25D | |
| telefon/ telefony | 790 302 090 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ,,REMEDIUM"r.LAMORSKI SP.J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GĄBIN 09-530, UL. PŁOCKA 19 | |
| telefon/ telefony: | 24 277 10 22 | |
| identyfikator REGON | 611012390 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GĄBIN 09-530, UL. PŁOCKA 19 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 24 277 10 22/882 464 548/24 277 12 95 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPZLO WARSZAWA-REMBERTÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-491, UL. DWÓCH MIECZY 22A | |
| telefon/ telefony: | 22 612 25 96 | |
| identyfikator REGON | 16394765 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-452, UL. ZAWISZAKÓW 23 | |
| telefon/ telefony | 22 515 44 15 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091 , UL. SŁOWICZA 10 | |
| telefon/ telefony: | 22 781 60 16 | |
| identyfikator REGON | 1638054000029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091, UL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 22 781 60 16/607 84 200 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TOWARZYSTWO OPIEKI NAD OCIEMNIAŁYMI STOWARZYSZENIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LASKI 05-080, UL. BRZOZOWA 75 | |
| telefon/ telefony: | 22 752 32 74 | |
| identyfikator REGON | 00702597700060 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LASKI 05-080, UL. BRZOZOWA 75 | |
| telefon/ telefony | 22 752 32 74 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PLATANY SP. Z O. O. SP. KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. RYŻOWA 44 | |
| telefon/ telefony: | 22 244 58 88 | |
| identyfikator REGON | 141739575 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. RYŻOWA 44 | |
| telefon/ telefony | 883 423 134 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CITYMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-957, JANA III SOBIESKIEGO 18 | |
| telefon/ telefony: | 22 120 20 03 | |
| identyfikator REGON | 140755833 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO (POZ) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18 | |
| telefon/ telefony | 22 120 20 03 WEW. 15 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA CITYMED -FILIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, ALEJA RZECZYPOSPOLITEJ 18/163/B | |
| telefon/ telefony | 22 742 16 53 | 3 |
| Data dodania do wykazu | 25.07.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE RAFAŁ SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495,UL.WIOSNY LUDÓW 69 | |
| telefon/ telefony: | 459 595 395 | |
| identyfikator REGON | 147068834 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. WIOSNY LUDÓW 69 | |
| telefon/ telefony | 735 008 497 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-652, UL. SAMOCHODOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 585 62 65 | |
| identyfikator REGON | 14639416400026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-652, UL. SAMOCHODOWA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 585 62 29 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 29.01.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | EMÓW 05-462, UL. NADWIŚLAŃCZYKÓW 2 | |
| telefon/ telefony | 22 585 62 29 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 29.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAL" S.C. MAŁGORZATA KOTLARSKA, ARNOLD KOPYŚĆ, JOANNA OŁÓWEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL. KUŚNIERSKA 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 682 03 31 | |
| identyfikator REGON | 14033635500024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN 08-400, UL. KUŚNIERSKA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 682 03 31 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO W PIASECZNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 462 70 01 | |
| identyfikator REGON | 01618968600023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 1 | 1 |
| telefon/ telefony | 782 478 339 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ GOŁKÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-502, UL. SKRZETUSKIEGO 17 | 1 |
| telefon/ telefony | 669 780 236 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.04.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO RODZINNEJ W ZALESIU GÓRNYM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZALESIE GÓRNE 05-540,UL. ZŁOTEJ JESIENI 1 | 1 |
| telefon/ telefony | 669 780 240 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BONIFRATRÓW SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 390 33 00 | |
| identyfikator REGON | 142316693 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3 | |
| telefon/ telefony | 22 390 33 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.03.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "ESCULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. FABRYCZNA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 761 90 35 | |
| identyfikator REGON | 01324566800036 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA ( DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI ) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. FABRYCZNA 1 | |
| telefon/ telefony | 22 761 90 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ W STROMCU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STROMIEC 26-804, UL. NOWA 10 | |
| telefon/ telefony: | 48 619 10 03 | |
| identyfikator REGON | 67022963700029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STROMIEC 26-804, UL. NOWA 10 | |
| telefon/ telefony | 48 619 10 03 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ORLIK SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-041, UL. OSTROBRAMSKA 101 | |
| telefon/ telefony: | 600 021 655 | |
| identyfikator REGON | 013245929 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-041, UL. OSTROBRAMSKA 101 | |
| telefon/ telefony | 22 465 66 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-035, UL. MOTOROWA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 506 54 84 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA „MEDICUS" DARIUSZ KOSSAKOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDNOROŻEC 06-323, UL.ODRODZENIA 12 | |
| telefon/ telefony: | 29 751 83 27 | |
| identyfikator REGON | 450686084 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA RODZINNEGO | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDNOROŻEC 06-323, UL.ODRODZENIA 12 | |
| telefon/ telefony | 29 751 83 27 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻELAZNA RZĄDOWA 06-323, ŻELAZNA RZĄDOWA 29 | |
| telefon/ telefony | 29 751 86 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DRĄŻDŻEWO 06-214, DRĄŻDŻEWO 42 | |
| telefon/ telefony | 29 714 12 48 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY LUBOTYŃ 07-303, STARY LUBOTYŃ 36A | |
| telefon/ telefony | 29 644 64 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARANOWO 06-320, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 18 | |
| telefon/ telefony | 29 760 38 43 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - STADION MIEJSKI IM. KONARSKIEGO W CHORZELACH (PAWILON SPORTOWY, NAMIOTY) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHORZELE, 06-330, UL. PADLEWSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 29 751 86 70 | |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STARÓWKA SP. ZO.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-159, UL. ANDERSA 37 | |
| telefon/ telefony: | 25 691 83 36 | |
| identyfikator REGON | 016756530 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIEDZNA 07-106, PL.WOLNOŚCI 8 | |
| telefon/ telefony | 500 491 475 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONNA LACKA 08-304, UL. SIENKIEWICZA 7 | |
| telefon/ telefony: | 500 491 475 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STERDYŃ 08-320, UL. SEROCZYŃSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 500 491 475 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-426, UL. OBOZOWA 63/65 | |
| telefon/ telefony | 22 259 80 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-159, UL. ANDERSA 37 | |
| telefon/ telefony | 22 259 80 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KLINIKI NEURORADIOCHIRURGII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-033, UL. WOJCIECHA GÓRSKIEGO 6/92 | |
| telefon/ telefony: | 22 126 10 88 | |
| identyfikator REGON | 14079422400058 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA ONKOLOGICZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600 , UL. UNIWERSYTECKA 6 | |
| telefon/ telefony | 48 377 90 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ "PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO" LEK. MED.. ADAM RAWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĘBA 07-308, PORĘBA ŚREDNIA 7 | |
| telefon/ telefony: | 29 679 55 55 | |
| identyfikator REGON | 550063144 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PORĘBA 07-308, PORĘBA ŚREDNIA 7 | |
| telefon/ telefony | 29 679 55 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAZANOWIE SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY M. CZERWONKA, G. DRĄŻKIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAZANÓW 26-713 ,UL. KOŚCIELNA 50 | |
| telefon/ telefony: | 48 67 66 059 | |
| identyfikator REGON | 672724370 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAZANÓW 26-713 ,UL. KOŚCIELNA 50 | |
| telefon/ telefony | 48 67 66 059 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIASTUN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASTÓW 05-820, UL. M. REJA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 723 62 87 | |
| identyfikator REGON | 1639163700000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASTÓW 05-820, UL. M. REJA 1 | |
| telefon/ telefony | 22 723 11 47 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZOZ PIASTUN W PIASTOWIE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASTÓW, 05-820, UL. SKORUPKI 16 A | |
| telefon/ telefony | 22 723 11 47 | |
| Data dodania do wykazu | 25.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GARNIZONOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MODLINIE | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. 29 LISTOPADA 105 | |
| telefon/ telefony: | 22 713 48 34 | |
| identyfikator REGON | 014825505 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ_FILIA DLA DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-160, UL. OBROŃCÓW MODLINA 83/GAB.NR 23 | |
| telefon/ telefony | 22 713 48 39 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-784, UL. DUNIKOWSKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 22 270 30 72 | |
| identyfikator REGON | 15053128 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. BELINY PRAŻMOWSKIEGO 33A | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-784, UL. PASAŻ URSYNOWSKI 9 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-679, UL. MODZELEWSKIEGO 58 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. SIENKIEWICZA 19 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 21/4 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. KOBYLIŃSKIEGO 21A | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-610, UL. BELINY PRAŻMOWSKIEGO 17 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-643, UL. ETIUDY REWOLUCYJNEJ 48 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-131, UL. JÓZEFA MEHOFFERA 29 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-171, UL. MŁYNARSKA 26/28 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWO 06-516, UL. MAZOWIECKA 62 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MILANÓWEK 05-822, UL. SZKOLNA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, UL. PIŁSUDSKIEGO 43/44 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-549, UL. RADZYMIŃSKA 250 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 46/3U | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 16** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CORTEN MEDIC TŁUSZCZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ 05-240, UL. WARSZAWSKA 19 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 17** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W GALERII BEMOWO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-466, UL. POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 126/05 P | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 25.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 18** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-679, UL. MODZELEWSKIEGO 56 | |
| telefon/ telefony | 22 602 09 97 | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KLWOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLWÓW 26-415, UL. OPOCZYŃSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 48 671 00 04 | |
| identyfikator REGON | 142714235 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ (001)LUB PUNKT SZCZEPIEŃ(010) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLWÓW 26-415, UL. OPOCZYŃSKA 39 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 48 671 00 04 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DAMIANA HOLDING SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 46 | |
| telefon/ telefony: | 22 566 22 22 | |
| identyfikator REGON | 15639390 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DLA DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-830, AL.ZJEDNOCZENIA 36 | |
| telefon/ telefony | 22 566 22 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-906, UL. ŻWIRKI I WIGURY 1 | |
| telefon/ telefony | 22 566 22 22 | |
| Data dodania do wykazu | 16.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.09.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CMD PIASECZNO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B | |
| telefon/ telefony | 500 900 800 | |
| Data dodania do wykazu | 08.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CM DAMIANA PL. KONESERA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-736, UL. PL. KONESERA 10A | |
| telefon/ telefony | 22 566 22 22 | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJW CELESTYNOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CELESTYNÓW 05-430, UL. REGUCKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 506 51 71 | |
| identyfikator REGON | 11129283 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CELESTYNÓW 05-430, UL. REGUCKA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 506 51 71 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LEKARZE RODZINNI "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE 08-200, UL. NARUTOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony: | 833 590 777 | |
| identyfikator REGON | 712568880 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE 08-200, UL. NARUTOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony | 833 590 777/833 590 888 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PLATERÓW 08-210, UL. KOŚCIELNA 17 | |
| telefon/ telefony | 833 578 870 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - TRANSGRANICZNE CENTRUM DIALOGU KULTUR W ŁOSICACH | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOSICE, 08-200, UL. B. JOSELEWICZA 13 | |
| telefon/ telefony | 83 306 88 72; 83 306 88 73 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | IGOR ZERHAU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. HANDLOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 80 24 | |
| identyfikator REGON | 550443639 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. HANDLOWA 5 | |
| telefon/ telefony | 29 761 80 24 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSZYNIEC 07-430, UL. SIENKIEWICZA 1 | |
| telefon/ telefony | 516 325 522 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY CHOTCZA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOTCZA-JÓZEFÓW 27-312, CHOTCZA-JÓZEFÓW 60 | |
| telefon/ telefony: | 48 375 10 02 | |
| identyfikator REGON | 671968851 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOTCZA-JÓZEFÓW 27-312, CHOTCZA-JÓZEFÓW 60 | |
| telefon/ telefony | 48 375 10 02 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA BEMOWO-WŁOCHY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-315, UL. GEN. MERIANA C. COOPERA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 638 90 55 | |
| identyfikator REGON | 17202242 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NOCNA POMOC LEKARSKA (AMBULATORIUM OGÓLNE) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-417, UL. CEGIELNIANA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 167 25 90 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NOCNA POMOC LEKARSKA (AMBULATORIUM OGÓLNE) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-355, UL. CZUMY 1 | |
| telefon/ telefony | 22 664 58 97 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.10.2021 r. | |
| Data ponownego dodania do wykazu | 08.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-151, UL. SZYBOWCOWA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 167 21 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.08.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-493, UL. WROCŁAWSKA 19 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 167 22 02 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-381, UL. POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 19 | |
| telefon/ telefony | 22 167 24 02 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CEGŁOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CEGŁÓW 05-319, UL. PLAC ANNY JAGIELLONKI 17 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 01 22 | |
| identyfikator REGON | 711652235 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CEGŁÓW 05-319, UL. PLAC ANNY JAGIELLONKI 17 | |
| telefon/ telefony | 25 757 01 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE PIASECZNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, AL. KALIN 55/7 | |
| telefon/ telefony: | 22 750 11 77 | |
| identyfikator REGON | 145985957 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE PIASECZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, AL. KALIN 55/7 | |
| telefon/ telefony | 22 726 39 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JAROSŁAW ZAŁUSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 11 | |
| telefon/ telefony: | 46 861 64 15 | |
| identyfikator REGON | 750459321 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁODZIESZYN 96-512, UL. WYSZOGRODZKA 7 | |
| telefon/ telefony | 509 012 839 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOZDOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOZDOWO 09-213, UL. KRYSTYNA GOZDAWY 13 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 21 96 | |
| identyfikator REGON | 611041641 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOZDOWO 09-213, UL. KRYSTYNA GOZDAWY 13 | |
| telefon/ telefony | 24 276 21 96 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LELICE 09-213, UL. PARKOWA 9 | |
| telefon/ telefony | 24 276 15 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DARIUSZ SUCHENEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW, 07-200, ZAKOLEJOWA 19C | |
| telefon/ telefony: | 508 372 208 | |
| identyfikator REGON | 141806774 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ-RODZINNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL. PUŁTUSKA 27 | |
| telefon/ telefony | 502 541 586, 508 372 208 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ASKLEPIOS-ŚRÓDMIEŚCIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 1905 ROKU 20 | |
| telefon/ telefony: | 48 340 28 19/48 360 16 25 | |
| identyfikator REGON | 671968354 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. 1905 ROKU 20 | |
| telefon/ telefony | 48 340 28 19/48 360 16 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRAJMED CENTRUM NOWOCZESNEJ LARYNGOLOGII SP.ZO.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 11/55 | |
| telefon/ telefony: | 785 004 441 | |
| identyfikator REGON | 146771299 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-739, UL. WAŁBRZYSKA 11/55 | |
| telefon/ telefony | 22 458 69 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KARMELICKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-181, UL. KARMELICKA 26 | |
| telefon/ telefony: | 22 831 62 73 | |
| identyfikator REGON | 016606629 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-181, UL. KARMELICKA 26 | |
| telefon/ telefony | 692 238 592 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MAREK ŚWIĘTOCHOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KSIĘŻNO 16-001,UL. POŁUDNIOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 662 002 803 | |
| identyfikator REGON | 51980065 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWO – SZCZEPIENNY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA WIEŚ 07-416, UL. PARKOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 29 760 44 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁGORZATA JANKOWSKA-KACZMARZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. MICKIEWICZA 55 | |
| telefon/ telefony: | 607 362 331 | |
| identyfikator REGON | 61029302700066 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWIDZ KOŚCIELNY 09-226, UL. MAZOWIECKA 15 | |
| telefon/ telefony | 24 276 61 13/24 276 66 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W JEDLNI LETNISKO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDLNIA LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 322 10 23 | |
| identyfikator REGON | 670877603 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JEDLNIA LETNISKO 26-630, UL. CHOPINA 1 | |
| telefon/ telefony | 519 633 392 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | FILIA SPZOZ W GROSZOWICACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GROSZOWICE, 26-630, GROSZOWICE | |
| telefon/ telefony | 515 828 301 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAL MED SP ZOO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JULIANÓW 05-500,UL. JULIANOWSKA 88J/2 | |
| telefon/ telefony: | 22 711 14 22 | |
| identyfikator REGON | 380357845 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ MAL MED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL. POWSTAŃCÓW 7/U1 | |
| telefon/ telefony | 574 555 543 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDINA SP. Z O.O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-270, KRZYWE KOŁO 8/10 | |
| telefon/ telefony: | 228310721 | |
| identyfikator REGON | 17179170 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAW 00-270, UL. KRZYWE KOŁO 8/10 | |
| telefon/ telefony | 22 831 07 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPES SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PARYSÓW 08-441, UL. KSIĄŻĘCA 13 | |
| telefon/ telefony: | 506 787 922 | |
| identyfikator REGON | 71167816300020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PARYSÓW 08-441, UL. KSIĄŻĘCA 13 | |
| telefon/ telefony | 506 787 922 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | IZABELA MARZANNA PRZYCHODZIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3 | |
| telefon/ telefony: | 29 646 29 13 | |
| identyfikator REGON | 55006130000044 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRZYTULNA 3 | |
| telefon/ telefony | 29 646 29 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | IWONA KRUPIŃSKA ANMED SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁOTCZYZNA 06-430, UL. CHABROWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 671 42 73 | |
| identyfikator REGON | 36688405300018 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBOKLĘSZCZ 06-440, UL. NASIELSKA 36A | |
| telefon/ telefony | 23 671 41 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ GOŁOTCZYZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁOTCZYZNA 06-430, UL. CHABROWA 2 | |
| telefon/ telefony | 23 617 30 41 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ WARSZAWA-URSYNÓW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-786, UL.ZAMIANY 13 | |
| telefon/ telefony: | 781 601 600 | |
| identyfikator REGON | 1718583900030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-829, UL. SAMSONOWSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 797 519 764 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA OPIEKI PODSTAWOWEJ - UL. ROMERA 4 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-784, UL. ROMERA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 641 64 54 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA OPIEKI PODSTAWOWEJ - UL. NA UBOCZU 5 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-791, UL. NA UBOCZU 5 | |
| telefon/ telefony | 22 648 84 96 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPZOZ WARSZAWA-URSYNÓW PUNKT SZCZEPIEŃ UL. KAJAKOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-838 UL. KAJAKOWA 12 | |
| telefon/ telefony | 22 855 47 39 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INWEST MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ OPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120,UL. J. PIŁSUDSKIEGO 33/101 | |
| telefon/ telefony: | 22 100 52 82 | |
| identyfikator REGON | 360773536 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-140, UL. ODKRYTA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 100 52 82 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARNIEWO 06-425, UL. SZKOLNA 16 | |
| telefon/ telefony | 29 69 19 27 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZELKÓW 06-220, SZELKÓW 53 | |
| telefon/ telefony | 29 717 60 08 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAK-MED S.C. DANUTA GARBACKA-MAKOWIECKA, REMIGIUSZ MAKOWIECKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 10 80 | |
| identyfikator REGON | 551180640 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47 | |
| telefon/ telefony | 29 761 10 80 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. KURPIOWSKA 5 | |
| telefon/ telefony | 29 764 29 72 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PROVITA POLIKLINIKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-585,UL. BAGATELA 10/5 | |
| telefon/ telefony: | 607 697 283 | |
| identyfikator REGON | 38546197800015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINEGO | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-647, UL. BABOSZEWSKA 1/2U4 | |
| telefon/ telefony | 535 540 572 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTERMED WARSZAWA SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-630, UL. WARYŃSKIEGO 10A | |
| telefon/ telefony: | 22 825 77 68 | |
| identyfikator REGON | 145847072 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-630, UL. WARYŃSKIEGO 10A | |
| telefon/ telefony | 22 592 48 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-927, KRAKOWSKIE PRZEDMIEŚCIE 24 | |
| telefon/ telefony | 22 592 48 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-089, UL. ŻWIRKI I WIGURY 95/97 | |
| telefon/ telefony | 22 592 48 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-042, UL. MOCHNACKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony | 22 592 48 00 | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "EL-TA" GRZEGORZ POLCYN, HALINA POLCYN S.C. | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARANOWO 06-320, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 21 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 37 79 | |
| identyfikator REGON | 550726596 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BARANOWO 06-320, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 21 | |
| telefon/ telefony | 29 761 37 79 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM LECZNICZO-REHABILITACYJNE I MEDYCYNY PRACY ATTIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 89 | |
| telefon/ telefony: | 22 321 12 11 | |
| identyfikator REGON | 16441803 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 89 | |
| telefon/ telefony | 22 321 12 30 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-127, UL. ŚLISKA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 316 38 24 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ „NOVAMED" SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUSINÓW, 26-411, ZACISZNA 30 | |
| telefon/ telefony: | 486727009 | |
| identyfikator REGON | 672715046 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUSINÓW 26-411, UL. ZACISZNA 30 | |
| telefon/ telefony | 48 672 70 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITA GOSZCZYŃSKA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. ŹRÓDLANA 7 | |
| telefon/ telefony: | 24 277 41 26 | |
| identyfikator REGON | 145972498 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IŁÓW 96-520, UL. PLAC KASZTANOWY 6 | |
| telefon/ telefony | 24 277 41 26 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKRZYNNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIENIAWA 26-432, PL. 1000-LECIA 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 674 65 65 | |
| identyfikator REGON | 671972746 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIENIAWA 26-432, PL. 1000-LECIA 2 | |
| telefon/ telefony | 48 674 65 65 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FAMILY MEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-497, UL. PRYSTORA 4/4 | |
| telefon/ telefony: | 508 088 866 | |
| identyfikator REGON | 384258198 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-497, UL. PRYSTORA 4/4 | |
| telefon/ telefony | 508 088 866 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POKRZYWNICA 06-121,UL. PRZEMYSŁOWA 1 | |
| telefon/ telefony: | 23 691 87 80 | |
| identyfikator REGON | 130449972 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POKRZYWNICA 06-121,UL. PRZEMYSŁOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 23 691 87 80 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZIERŻENIN 06-114, DZIERŻENIN 101 | |
| telefon/ telefony | 23 691 04 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OBRYTE 07-215, OBRYTE 187 | |
| telefon/ telefony | 29 741 10 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK 06-100, UL. BOGDANA TEODORA JAŃSKIEGO 3 | |
| telefon/ telefony | 23 692 40 02 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRASNE 06-408, UL. MIKOŁAJA KOPERNIKA 3 | |
| telefon/ telefony | 23 671 00 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONA 06-408,ZIELONA 28 | |
| telefon/ telefony | 23 671 03 23 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZATORY 07-217, UL. JANA PAWŁA II 130 | |
| telefon/ telefony | 29 741 03 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WINNICA 06-120, UL. WIDOK 1 | |
| telefon/ telefony | 23 691 43 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. SIENKIEWICZA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 307 03 28 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 671978950 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. SIENKIEWICZA 4 | |
| telefon/ telefony | 48 307 04 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MULTI-MEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKA 05-220, UL. PONIATOWSKIEGO 97 | |
| telefon/ telefony: | 22 786 81 91 | |
| identyfikator REGON | 145990007 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZIELONKA 05-220, UL. PONIATOWSKIEGO 97 | |
| telefon/ telefony | 662 553 337 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GNIEWOSZOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNIEWOSZÓW 26-920, UL. SARNOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony: | 48 621 50 16 | |
| identyfikator REGON | 671960996 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GNIEWOSZÓW 26-920, UL. SARNOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 48 621 50 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W POTWOROWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POTWORÓW 26-414,UL. LIPOWA 30 | |
| telefon/ telefony: | 48 671 30 10 | |
| identyfikator REGON | 670909148 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POTWORÓW 26-414,UL. LIPOWA 30 | |
| telefon/ telefony | 48 671 30 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LUX MED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 21C | |
| telefon/ telefony: | 22 332 28 88 | |
| identyfikator REGON | 140723603 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-134, UL. 1 SIERPNIA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 823 89 45 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-036, AL. STANÓW ZJEDNOCZONYCH 72 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-342, AL. JEROZOLIMSKIE 162 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-697, AL. JEROZOLIMSKIE 65/79 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-793, UL. BELGRADZKA 18 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 41B | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-342, UL. GRÓJECKA 186 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-175, UL. JANA PAWŁA II 78 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-185, UL. MYŚLIBORSKA 95 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.06.2021 r. - 11.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA IWICZNA 05-500, UL. NOWA 4A | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 21C | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-305, UL. SZERNERA 3 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-493,UL. WROCŁAWSKA 7A | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-951, UL. WRZECIONO 10C | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-091, UL. ŻWIRKI I WIGURY 39 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 33 22 849 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 16** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 124 | |
| telefon/ telefony | 22 33 22 888 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TROJANÓW 08-455, TROJANÓW 57A | |
| telefon/ telefony: | 25 682 71 22 | |
| identyfikator REGON | 711586314 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORYTNICA 08-455, KORYTNICA 3 | |
| telefon/ telefony | 25 682 70 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.01.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TROJANÓW 08-455, TROJANÓW 57A | |
| telefon/ telefony | 25 682 70 22 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 r. - 31.12.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU, WZNOWIENIE DZAŁALNOŚCI PUNKTU OD 22.11.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SP.Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. POLNA 25C | |
| telefon/ telefony: | 48 610 68 77 | |
| identyfikator REGON | 362745797 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JASTRZĘBIA 26-631, JASTRZĘBIA 119 | |
| telefon/ telefony | 48 610 68 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARTUR KAROL PŁÓCIENNIK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DZWONEK 07-407, DZWONEK 25 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 49 80 | |
| identyfikator REGON | 551177571 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ (DOROŚLI I DZIECI) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWIN 07-407, UL. MAZOWIECKA 13B | |
| telefon/ telefony | 29 761 49 80 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-195, UL. ZYGMUNTA SŁOMIŃSKIEGO 19/524 | |
| telefon/ telefony: | 22 230 70 07 | |
| identyfikator REGON | 140802685 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ URSUS | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-497, UL. ALEKSANDRA PRYSTORA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 434 09 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ BLUE CITY | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-222, AL. JEROZOLIMSKIE 179 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 434 09 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ PRZYOKOPOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-208, UL. PRZYOKOPOWA 31 | |
| telefon/ telefony | 22 434 09 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ WILANÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, AL. RZECZYPOSPOLITEJ 14 | |
| telefon/ telefony | 22 434 09 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ TARGÓWEK | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-286, UL. MALBORSKA 47 | |
| telefon/ telefony | 22 434 09 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ GALERIA MŁOCINY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-943, UL. ZGRUPOWANIA AK "KAMPINOS" 15 | |
| telefon/ telefony | 22 230 70 07 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ SOCHACZEW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW, 96-500, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 14 | |
| telefon/ telefony | 22 230 70 07 | |
| Data dodania do wykazu | 17.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A. ODDZIAŁ ARKADIA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-175, AL. JANA PAWŁA II 82 | |
| telefon/ telefony | 22 230 70 07 | |
| Data dodania do wykazu | 08.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ENEL- MED ODDZIAŁ FOREST | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-066, UL. BURAKOWSKA 14 | |
| telefon/ telefony | 22 267 68 23 | |
| Data dodania do wykazu | 16.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARS MEDICA NZOZ ANDRZEJCZAK I ZAPART-BĄK SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11 | |
| telefon/ telefony: | 517 556 884 | |
| identyfikator REGON | 146393839 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11 | |
| telefon/ telefony | 517 556 884 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOCIN 09-317, UL. REYMONTA 11 | |
| telefon/ telefony | 517 556 884 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-411, UL. CHEMIKÓW 7 | |
| telefon/ telefony: | 24 365 09 25 | |
| identyfikator REGON | 610381010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-411, UL. CHEMIKÓW 7 | |
| telefon/ telefony | 24 365 09 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. KUTRZEBY 11 | |
| telefon/ telefony | 24 364 70 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MOSTY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-402, AL. TYSIĄCLECIA 2A | |
| telefon/ telefony | 24 364 77 01 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDIVITA KONSTANCIN SP Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. MIRKOWSKA 56 | |
| telefon/ telefony: | 22 717 34 15 | |
| identyfikator REGON | 146371619 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWO-DIAGNOSTYCZNY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. MIRKOWSKA 56 | |
| telefon/ telefony | 22 717 34 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.05.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MEDIVITA KONSTANCIN | 12 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. WALENTYNOWICZ 24 | |
| telefon/ telefony | 22 717 34 15, 502 390 220 | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - MEDIVITA KONSTANCIN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. WALENTYNOWICZ 24 | |
| telefon/ telefony | 502 390 220 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GENESSIS INC ( AK CLINIC ) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-186, UL. MODLIŃSKA 115 | |
| telefon/ telefony: | 884 068 288 | |
| identyfikator REGON | 384809126 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | AK CLINIC | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-186, UL. MODLIŃSKA 115 | |
| telefon/ telefony | 884 068 288 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JAKUB TADEUSZ RUMAN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZARĘBY KOŚCIELNE 07-323, UL. MOKRA 6 | |
| telefon/ telefony: | 862 706 113 | |
| identyfikator REGON | 450165103 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZARĘBY KOŚCIELNE 07-323, UL. KOWALSKA 16A | |
| telefon/ telefony | 862 706 019 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | RODZINNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - DOROTA WYSOCKA - ROSZKOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMOROWO 07-310, UL. MAZOWIECKA 90 | |
| telefon/ telefony: | 29 644 41 70 | |
| identyfikator REGON | 550740627 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMOROWO 07-310, UL. MAZOWIECKA 90 | |
| telefon/ telefony | 29 644 41 70 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JELONKI 07-310, JELONKI 27 | |
| telefon/ telefony | 29 746 12 95 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE POLMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-845, UL. PUŁAWSKA 410A | |
| telefon/ telefony: | 22 646 18 96 | |
| identyfikator REGON | 192110780 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-845, PUŁAWSKA 410A | |
| telefon/ telefony | 22 646 18 96 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-105, UL. TWARDA 18 | |
| telefon/ telefony | 22 202 68 68 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-733, UL. TARGOWA 24 | |
| telefon/ telefony | 22 100 63 78 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 02-675 WARSZAWA, UL. WOŁOSKA 16 | |
| telefon/ telefony | 22 278 71 20 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-844, UL. GRZYBOWSKA 61 | |
| telefon/ telefony | 22 417 43 00 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ TALMED SPÓŁKA CYWILNA - HELENA WĄGRODZKA, JAN WĄGRODZKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDA TALUBSKA 08-400, UL. AKACJOWA 45 | |
| telefon/ telefony: | 25 683 10 45 | |
| identyfikator REGON | 711651483 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RUDA TALUBSKA 08-400, UL. AKACJOWA 45 | |
| telefon/ telefony | 25 683 10 45 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POLMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. GRANICZNA 24 | |
| telefon/ telefony: | 48 386 90 60 | |
| identyfikator REGON | 672726914 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TORUŃSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 48 386 90 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "CENTRUM MEDYCZNE JÓZEFÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-410, UL. ARMII KRAJOWEJ 5 | |
| telefon/ telefony: | 506 986 956 | |
| identyfikator REGON | 142731765 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-410, UL. ARMII KRAJOWEJ 5 | |
| telefon/ telefony | 506 986 956 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK, 05-400, UL.ŚWIDERSKA 9/11 | |
| telefon/ telefony | 502042347 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA "FAMILIA" T.S.A. GUGAŁA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. RODZINNA 24 | |
| telefon/ telefony: | 48 382 05 11 | |
| identyfikator REGON | *360102569* | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. RODZINNA 24 | |
| telefon/ telefony | 48 382 05 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIROWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIRÓW STARY 26-503, MIRÓW STARY 27 | |
| telefon/ telefony: | 48 628 39 21 | |
| identyfikator REGON | 672979236 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIRÓW STARY 26-503, MIRÓW STARY 27 | |
| telefon/ telefony | 48 628 39 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICAL-WEST" S.C. REGINA GODLEWSKA, DARIUSZ GODLEWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. MONTE CASSINO 31 | |
| telefon/ telefony: | 23 691 60 37 | |
| identyfikator REGON | 130853696 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIERCZE 06-150, UL. ZWYCIĘSTWA 30 | |
| telefon/ telefony | 23 691 60 37 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRZYSZTOF BIAŁEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. ALEJA WOJSKA POLSKIEGO 9 | |
| telefon/ telefony: | 602 831 857 | |
| identyfikator REGON | 141378309 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRZYNOWŁOGA MAŁA 06-316, UL. PRZASNYSKA 6 | |
| telefon/ telefony | 29 751 27 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOROTA TERESA BIELACZYC-BĘBEN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. NASYPOWA 5A/1 | |
| telefon/ telefony: | 603 199 518 | |
| identyfikator REGON | 360878324 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, KILIŃSKIEGO 15/17 | |
| telefon/ telefony | 887 199 518/603 199 518 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS" S.C MARIA MACIOSZCZYK JADWIGA MORKA DANUTA SIERZPUTOWSKA-KUBA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL.GE. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 27 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 33 42/29 741 01 10 | |
| identyfikator REGON | 550727420 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW 07-200, UL.GE. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 27 | |
| telefon/ telefony | 29 741 01 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANNA SZELIGA WÓJCIK - CENTRUM OPTYCZNO OKULISTYCZNE SZELIGA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300,UL. 1 MAJA 23A | |
| telefon/ telefony: | 534 305 752 | |
| identyfikator REGON | 75049157200031 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ ŻYRARDÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300,UL. 1 MAJA 23A | |
| telefon/ telefony | 534 305 752 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NOWOCZESNE CENTRUM MEDYCZNE OKOKLINIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-493, UL. ORLICH GNIAZD 8/13 | |
| telefon/ telefony: | 605 039 030 | |
| identyfikator REGON | 141224658 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 2 | |
| telefon/ telefony | 798 899 099 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCYNY I REHABILITACJI ARTKINEZIS SP. Z O.O. SP. K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PĘCICE 05-806, UL. KWIATÓW POLNYCH 4 | |
| telefon/ telefony: | 46 858 10 90 | |
| identyfikator REGON | 362524895 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL. WIEJSKA 19/21 | |
| telefon/ telefony | 46 858 10 90 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRZNO 08-404, UL.KARD. ST. WYSZYŃSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony: | 25 681 22 22 /608 479 829 | |
| identyfikator REGON | 711654493 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZ POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRZNO 08-404, UL.KARD. ST. WYSZYŃSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony | 25 681 22 22 /608 479 829 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TERESA MIECZYSŁAWA KAWKA-URBANEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKIERNIEWICE, 96-100, UL. ŁOWICKA 41 | |
| telefon/ telefony: | 601 264 293 | |
| identyfikator REGON | 750275934 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BAKOMA SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ELŻBIETÓW, 96-516, ELŻBIETÓW 48 | |
| telefon/ telefony | 46 864 07 08 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 2 W WOŁOMINIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 02-200, UL. WILEŃSKA 74 | |
| telefon/ telefony: | 22 776 26 56 | |
| identyfikator REGON | 017245116 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 02-200, UL. WILEŃSKA 74 | |
| telefon/ telefony | 22 787 54 16/22 400 56 79/22 776 26 56/22 787 51 06 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA VITA MED SP. Z O.O. SP. K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. MEISSNERA 7 | |
| telefon/ telefony: | 22 266 88 90 | |
| identyfikator REGON | 017248741 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZY POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. MEISSNERA 7 | |
| telefon/ telefony | 579 759 742 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZY POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-984, UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 6 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 690 795 598 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 446** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA KARINA FELBERG | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOSKÓW LETNISKO 05-503, UL. KLONOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 795 408 068 | |
| identyfikator REGON | 142050077 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LF MEDICAL CLINIC | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-811, UL. MAKOLĄGWY 20 B | |
| telefon/ telefony | 795 408 068 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.06.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PSP LESZNOWOLA - SUN LOGISTIC PARK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA IWICZNA, 05-506, UL. SŁONECZNA 116 A | |
| telefon/ telefony | 795 408 068 | 3 |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 11.05.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 447** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DAGMARA NAWARRA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANUS | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUBICE 09-533, UL. PŁOCKA 46 | |
| telefon/ telefony: | 24 277 80 37 | |
| identyfikator REGON | 611004806 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUBICE 09-533, UL. PŁOCKA 46 | |
| telefon/ telefony | 24 277 80 37 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 448** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. NIKLOWA 9 | |
| telefon/ telefony: | 25 785 60 29 | |
| identyfikator REGON | 71052989200024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NUR 07-322, UL. DROHICZYŃSKA 8 | |
| telefon/ telefony | 862 774 063 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OLEŚNICA 08-117, OLEŚNICA 132 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 66 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POŚWIĘTNE 05-326, UL. SZKOLNA 4 | |
| telefon/ telefony | 25 786 07 09 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUSTELNIK 05-305, UL. SZKOLNA 16 | |
| telefon/ telefony | 22 417 33 86 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. KSIĘDZA JANA NIEDZIAŁKA 14 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 01 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. GENERAŁA FRANCISZKA KLEEBERGA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 40 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRACHÓWKA 05-282, UL. CYPRIAN KAMILA NORWIDA 7 | |
| telefon/ telefony | 25 785 69 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STERDYŃ 08-320, UL. LIPOWA 1A | |
| telefon/ telefony | 25 785 69 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-536, UL. LUDWIKA NARBUTTA 29 | |
| telefon/ telefony | 22 849 51 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIERZBNO 07-111, WIERZZBNO 88 | |
| telefon/ telefony | 25 793 44 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ANDRZEJEWO 07-305, UL. SREBIŃSKA 11 | |
| telefon/ telefony | 862 223 444 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELANY-ŻYŁAKI 08-311, UL. PODLASKA 10 | |
| telefon/ telefony | 25 786 05 71 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 13** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CERANÓW 08-322, CERANÓW 25 | |
| telefon/ telefony | 25 785 61 16 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĘBE WIELKIE 05-311, UL.SZKOLNA 17 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 87 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 15** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMANICE KOLONIA 08-113, DOMANICE KOLONIA 17 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 16** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HOŁUBLA 08-107, UL. SIEDLECKA 68 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 83 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 17** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LATOWICZ 05-334, UL. ŚWIĘTEGO DUCHA 30 | |
| telefon/ telefony | 25 785 61 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 18** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, UL. DĄBRÓWKI 52 | |
| telefon/ telefony | 25 785 60 51 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 19** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ DRIVE-THRU MIŃSK MAZOWIECKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. DĄBRÓWKI 52 | |
| telefon/ telefony | 25 633 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 15.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 20** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH DRIVE-THRU - JÓZEFÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-420, UL. DŁUGA 44 | |
| telefon/ telefony | 22 789 89 89 | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 21** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN, 08-400, UL.KORCZAKA 35 | |
| telefon/ telefony | 25 633 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 22** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-100, UL. ROMANÓWKA 19 | |
| telefon/ telefony | 25 633 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 23** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ TŁUSZCZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ, 05-240, UL. POWSTAŃCÓW 27 | |
| telefon/ telefony | 29 643 13 00 | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 24** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU - SIEDLCE (PARKING PRZY STADIONIE PIŁKARSKIM ARMS W SIEDLCACH) | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. JANA PAWŁA 6 | |
| telefon/ telefony | 25 633 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 24.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 25** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELANY-ŻYŁAKI, 08-311, UL. SIEDLECKA 6A | |
| telefon/ telefony | 25 633 35 55 | |
| Data dodania do wykazu | 15.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 449** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITA KRZYSZTOF GROCHULSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BULKOWO KOLONIA 09-454, UL. PŁOCKA 59 | |
| telefon/ telefony: | 24 265 20 26 | |
| identyfikator REGON | 61140980000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY PIELĘGNIARSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BULKOWO KOLONIA 09-454, UL. PŁOCKA 59 | |
| telefon/ telefony | 24 265 20 26 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 450** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JAROSŁAW BARTOSZUK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W KORNICY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201 | |
| telefon/ telefony: | 833 587 821 | |
| identyfikator REGON | 030231510 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201 | |
| telefon/ telefony | 833 587 821 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 451** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MARKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. KASZTANOWA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 674 15 53/500 898 895 | |
| identyfikator REGON | 147329200 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MARKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI 05-270, UL. KASZTANOWA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 674 15 53 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 452** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ W SIEDLCACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. WAŁOWA 1 | |
| telefon/ telefony: | 25 63 338 04 | |
| identyfikator REGON | 710301172 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. WAŁOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 25 63 222 18/261 351 386/511 178 840 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 453** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "SALUS"SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOLA GOŁKOWSKA 05-503, UL. RYBNA 11 | |
| telefon/ telefony: | 600 800 591 | |
| identyfikator REGON | 1632736100024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MROKÓW 05-552, UL. JÓZEFA GÓRSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 22 756 15 92/22 756 12 38 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAGDALENKA 05-506, UL.SŁONECZNA 273 | |
| telefon/ telefony | 22 757 99 64/22 727 12 84 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 454** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GIELNIOWIE | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47 | |
| telefon/ telefony: | 48 672 00 14 | |
| identyfikator REGON | 670230505-00020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47 | |
| telefon/ telefony | 48 672 00 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 455** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA „HIPOKRATES” | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17 | |
| telefon/ telefony: | 29 769 01 90 | |
| identyfikator REGON | 550040947 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZDROWIA „HIPOKRATES” | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17 | |
| telefon/ telefony | 29 769 01 90 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.11.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 456** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SŁAWOMIR MAJEWSKI - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK. MED. SŁAWOMIR MAJEWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĄŚNIK 07-205, UL. JESIONOWA 65 | |
| telefon/ telefony: | 29 741 98 69 | |
| identyfikator REGON | 55045501600034 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZĄŚNIK 07-205, UL. JESIONOWA 65 | |
| telefon/ telefony | 29 741 98 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 457** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHYNOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYNÓW 05-650, UL. GŁÓWNA 56 | |
| telefon/ telefony: | 533 812 337 | |
| identyfikator REGON | 670937038 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DRWALEW 05-651, UL. GRÓJECKA 12 | |
| telefon/ telefony | 514 972 369 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W CHYNOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHYNÓW 05-650, UL. GŁÓWNA 56 | |
| telefon/ telefony | 533 812 337 | |
| Data dodania do wykazu | 18.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 458** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA - OCHOTA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-353, UL. SZCZĘŚLIWICKA 36 | |
| telefon/ telefony: | 22 822 88 53 | |
| identyfikator REGON | 10202670 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-377, UL. SKARŻYŃSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-496, UL. KADŁUBKA 18 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. SZCZĘŚLIWICKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-353, UL. SZCZĘŚLIWICKA 36 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA UL. SANOCKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-110,UL. SANOCKA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. SOSNKOWSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. SOSNKOWSKIEGO 18 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE RASZYN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-090, UL. PRUSZKOWSKA 52 | |
| telefon/ telefony | 22 822 32 21 do 25 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWO-SPECJALISTYCZNA, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-353, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 58 | |
| telefon/ telefony | 516 838 259 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 459** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA GROS-MED ŁUCJA GROSSMANN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEWNIE 06-225, RZEWNIE 51 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 34 86 | |
| identyfikator REGON | 5500620500 06-225 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEWNIE 06-225, RZEWNIE 51 | |
| telefon/ telefony | 29 761 34 66 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 460** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JOLANTA PIECH-BUBIEŃ - NZOZ "PANACEUM" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORYTNICA, 07-120, MAŁKOWSKIEGO 20 | |
| telefon/ telefony: | 256612221 | |
| identyfikator REGON | 71025153400020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORYTNICA 07-120, UL. MAŁKOWSKIEGO 20/1 | |
| telefon/ telefony | 25 661 22 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 461** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE ALMA KATARZYNA SIERANT | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWIN 07-407, UL. PARKOWA 1 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 45 88 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 550664814 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CZERWIN 07-407, UL. PARKOWA 1 | |
| telefon/ telefony | 29 761 45 88 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. PPŁK. ŁUKASZA CIEPLIŃSKIEGO "PŁUGA" 4/4 | |
| telefon/ telefony | 577 390 290 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 462** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE GAJDA-MED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29 | |
| telefon/ telefony: | 23 692 13 70 | |
| identyfikator REGON | 130135908 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29 | |
| telefon/ telefony | 23 692 13 70 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ-FILIA W MŁYNARZACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁYNARZE 06-231, UL. OSTROŁĘCKA 7A | |
| telefon/ telefony | 602 714 311 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ-FILIA W NIEDZBORZU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEDZBÓRZ 06-458, NIEDZBÓRZ 36 | |
| telefon/ telefony | 664 435 183 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PNIEWO 07-214, UL. STRAŻACKA 2 | |
| telefon/ telefony | 29 742 22 29 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ-SOŃSK | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOŃSK 06-430, UL. CIECHANOWSKA 21 | |
| telefon/ telefony | 664 956 819 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ-GOŁYMIN-OŚRODEK | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOŁYMIN-OŚRODEK 06-420, UL. NOWA 7 | |
| telefon/ telefony | 608 103 249 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W ZARĘBACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZARĘBY 06-333, ZARĘBY 117 | |
| telefon/ telefony | 29 751 62 12 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO FILIA WIECZFNIA KOŚCIELNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIECZFNIA KOŚCIELNA 06-513, WIECZFNIA KOŚCIELNA 44 | |
| telefon/ telefony | 23 654 00 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZANÓW 06-540, UL. RACIĄŻSKA 33 | |
| telefon/ telefony | 23 679 80 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W KONOPKACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONOPKI 06-560, KONOPKI 8 | |
| telefon/ telefony | 23 653 20 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ W SZULBORZU WIELKIM | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZULBORZE WIELKIE 07-324, UL. SŁONECZNA 1 | |
| telefon/ telefony | 505 809 940 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 463** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HIPOKRATES S.C. ROBERT GAJDA, JAN SADOWSKI OD DNIA 08.11.2021 r. HIPOKRATES ROBERT GAJDA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-641, UL. ŻUŁAWSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 848 18 57 | |
| identyfikator REGON | 016264235 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ DLA DZIECI I DOROSŁYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-641, UL. WAWRZYŃSKA ŻUŁAWSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 22 848 18 57 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 464** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ROBERT GAJDA JAN SADOWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SAN-MEDICA S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JERUZAL 05-317, UL. SZKOLNA 6 | |
| telefon/ telefony: | 25 752 32 22 | |
| identyfikator REGON | 711678967 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JERUZAL 05-317, UL. SZKOLNA 6 | |
| telefon/ telefony | 25 752 32 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 465** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DR MEDYK SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PACYNA 09-541, UL. WYZWOLENIA 11 | |
| telefon/ telefony: | 24 235 13 05 | |
| identyfikator REGON | 369135850 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZAWIN KOŚCIELNY 09-550, UL. JANA PAWŁA II 7 | |
| telefon/ telefony | 24 235 13 05 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PACYNA 09-541, UL. WYZWOLENIA 11 | |
| telefon/ telefony | 24 285 80 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 466** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE BIMED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, AL. KEN 20A/5 | |
| telefon/ telefony: | 533 356 365 | |
| identyfikator REGON | 147415543 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH I DZIECI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MSZCZONÓW 96-320, UL. SIENKIEWICZA 30 | |
| telefon/ telefony | 46 857 99 99 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 467** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRZEWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW-KOLONIA 26-652, ZAKRZEW-KOLONIA 12 | |
| telefon/ telefony: | 48 610 51 24 | |
| identyfikator REGON | 672031840 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAKRZEW-KOLONIA 26-652, ZAKRZEW-KOLONIA 12 | |
| telefon/ telefony | 48 610 51 24 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 468** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIASTKÓW KOŚCIELNY 08-420, UL. KOCHANOWSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony: | 25 754 41 23 | |
| identyfikator REGON | 711584717 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIASTKÓW KOŚCIELNY 08-420, UL. KOCHANOWSKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony | 25 754 41 23 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 469** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANCLARA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - ANCLARA HEALTH & AESTHETICS | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA O2-511, UL. DOMINIKA MERLINIEGO 9/9 | |
| telefon/ telefony: | 500 550 040 | |
| identyfikator REGON | 38528691400019 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINETY LEKARSKIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA O2-624, UL. PUŁAWSKA 136 /61 | |
| telefon/ telefony | 500 550 040 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 470** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO BEATA GADEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁEKA 07-410, UL. PIŁSUDSKIEGO 40 | |
| telefon/ telefony: | 29 333 50 08/665 612 200 | |
| identyfikator REGON | 550070411 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁEKA 07-410, UL. PIŁSUDSKIEGO 40 | |
| telefon/ telefony | 29 333 50 08/665 612 200 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 471** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "HEALTHCARE INTERNATIONAL" D.M. OSSOWSCY SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50 | |
| telefon/ telefony: | 606 336 677 | |
| identyfikator REGON | 16097671 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 728 217 121 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 472** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-097, UL. JANA NIELUBOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 599 18 01 | |
| identyfikator REGON | 16415800 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-097, UL. JANA NIELUBOWICZA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 599 18 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-097, UL. BINIECKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony | 22 255 77 77 | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 473** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ESKULAPEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-713, GRUPY AK PÓŁNOC 4/U20 | |
| telefon/ telefony: | 222542222 | |
| identyfikator REGON | 368343982 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PEDIATRYCZNA ESKULAPEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-713, UL. GRUPY AK PÓŁNOC 4/U20 | |
| telefon/ telefony | 22 414 11 00 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 08.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 474** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINET PEDIATRYCZNY "ESKULAPEK", ELŻBIETA MALINOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 1B/21 | |
| telefon/ telefony: | 604 322 312 | |
| identyfikator REGON | 50545930 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PEDIATRYCZNY "ESKULAPEK" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 1B/21 | |
| telefon/ telefony | 22 375 85 27 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 475** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BOŻENA KOCISZEWSKA-NAJMAN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93 | |
| telefon/ telefony: | 601 458 195 | |
| identyfikator REGON | 002748240 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE PROFILAKTYKI, DIAGNOSTYKI I TERAPII MAŁEGO DZIECKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93 | 1 |
| telefon/ telefony | 601 458 195 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 476** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. SUKIENNA 78 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 22 390 55 77 | |
| identyfikator REGON | 360117246 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VITAL MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI 05-100, UL. SUKIENNA 78 | |
| telefon/ telefony | 22 390 55 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 477** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| **nazwa:** | PANORAMIK CENTRUM DIAGNOSTYCZNE ZBIGNIEW KARDASZ, BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-052, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 18 | |
| telefon/ telefony: | 570 585 670 | |
| identyfikator REGON | 147044733 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PANORAMIK CENTRUM DIAGNOSTYCZNE ZBIGNIEW KARDASZ, BARTŁOMIEJ KARDASZ, AGNIESZKA BRZOZOWSKA-KARDASZ S.C. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-052, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 18 | |
| telefon/ telefony | 570 585 670 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 478** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINET STOMATOLOGICZNY SMILE INSTITUTE W ZWOLENIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. WOJSKA POLSKIEGO 91 | |
| telefon/ telefony: | 815 112 150 | |
| identyfikator REGON | 36226898900012 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET STOMATOLOGICZNY SMILE INSTITUTE W ZWOLENIU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. WOJSKA POLSKIEGO 91 | |
| telefon/ telefony | 815 112 150 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 479** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULEJÓWEK 08-070, UL. IDZIKOWSKIEGO 7B | |
| telefon/ telefony: | 22 783 55 06 | |
| identyfikator REGON | 13008632 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SULEJÓWKU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SULEJÓWEK 05-071, UL. ARMII KRAJOWEJ 21 | |
| telefon/ telefony | 507 877 683 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 480** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KATARZYNA ZIELIŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-335, UL. SYROKOMLI 16 | |
| telefon/ telefony: | 22 676 78 71 | |
| identyfikator REGON | 146157369 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ EZMED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-335, UL. SYROKOMLI 16 | |
| telefon/ telefony | 22 676 78 71 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 481** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OBOK LASU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-116, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 30 | |
| telefon/ telefony: | 25 752 54 10 | |
| identyfikator REGON | 383159710 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OBOK LASU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRĘBISZEW 05-300, UL. ROZWOJOWA 79 | |
| telefon/ telefony | 25 752 54 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 482** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BELLESA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. NAPOLEONA 20 | |
| telefon/ telefony: | 510 519 380 | |
| identyfikator REGON | 363024901 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BELLESA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA 05-230, UL. NAPOLEONA 20 | |
| telefon/ telefony | 510 519 380 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ SZKÓŁ PUBLICZNYCH NR 2 W KOBYŁCE | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOBYŁKA, 05-230, UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 3/5 | |
| telefon/ telefony | 510 519 380 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 483** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ZANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HALINÓW 05-074, UL. PIŁSUDSKIEGO 33 | |
| telefon/ telefony: | 505 034 672 | |
| identyfikator REGON | 13280009 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ZANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HALINÓW 05-074, UL. PIŁSUDSKIEGO 33 | |
| telefon/ telefony | 505 034 672 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 484** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE EWA BURGHARD I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. 11 LISTOPADA 51 | |
| telefon/ telefony: | 29 760 38 67 | |
| identyfikator REGON | 142061649 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. 11 LISTOPADA 51 | |
| telefon/ telefony | 297603867 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.09.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 2 | |
| telefon/ telefony | 533 888 029 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.05.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. 11 LISTOPADA 37 | |
| telefon/ telefony | 503 720 317 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 01.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.02.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 485** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HIPOKRATES WĘGRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, UL. GDAŃSKA 80 E | |
| telefon/ telefony: | 25 792 51 76 | |
| identyfikator REGON | 386172070 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | HIPOKRATES WĘGRÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĘGRÓW 07-100, UL. GDAŃSKA 80 E | |
| telefon/ telefony | 25 792 51 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 486** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE COMPLEX - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, PL. KLIŃSKIEGO 4 LOK 1.2 | |
| telefon/ telefony: | 25 740 20 60 | |
| identyfikator REGON | 380168720 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE COMPLEX - MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI 05-300, PL. KLIŃSKIEGO 4 LOK 1.2 | |
| telefon/ telefony | 25 740 20 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 487** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POLSKI KOMITET POMOCY SPOŁECZNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-490, UL. WIEJSKA 18/20 | |
| telefon/ telefony: | 22 628 89 48 | |
| identyfikator REGON | 007023760 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LECZNICA ROMA RN PKPS | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-116, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 30 L.152 | |
| telefon/ telefony | 22 629 44 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA REHABILITACYJNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-367, UL. GRÓJECKA 118 | |
| telefon/ telefony | 501 384 049 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 488** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZE KALWARII | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. PORUCZNIKA. JANA BIAŁKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 727 32 46 | |
| identyfikator REGON | 016181880 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - SPZOZ GÓRA KALWARIA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. PORUCZNIKA. JANA BIAŁKA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 727 32 46 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | FILIA SPZOZ W BANIOSZE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BANIOCHA 05-532, UL. PUŁAWSKA 2A | |
| telefon/ telefony | 22 727 32 46 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 23.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 489** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STOŁECZNE CENTRUM OPIEKUŃCZO-LECZNICZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-131 , UL. MEHOFFERA 72/74 | |
| telefon/ telefony: | 577 004 660 | |
| identyfikator REGON | 146613264 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-131 , UL. MEHOFFERA 72/74 | |
| telefon/ telefony | 22 811 06 88 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 490** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ESKULAP CENTRUM MEDYCZNE W CIECHANOWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400 , UL. NARUTOWICZA 20 | |
| telefon/ telefony: | 23 661 84 00 | |
| identyfikator REGON | 140908366 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400 , UL. NARUTOWICZA 20 | |
| telefon/ telefony | 23 661 84 00 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 491** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091 , UL. KS. I. SKORUPKI 37A | |
| telefon/ telefony: | 22 400 13 77 | |
| identyfikator REGON | 360706066 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI 05-091 , UL. KS. I. SKORUPKI 37A | |
| telefon/ telefony | 22 400 13 77 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - DRIVE-THRU MIASTECZKO RUCHU DROGOWEGO ZĄBKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI, 05-091 , UL. TĘCZOWA 16 | 4 |
| telefon/ telefony | 787 957 740 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.10.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDISPACE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-044 , UL. SPOKOJNA 5 | |
| telefon/ telefony: | 503 191 950 | |
| identyfikator REGON | 36156403600019 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-044 , UL. SPOKOJNA 5 | |
| telefon/ telefony | 660 428 754 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-ŻOLIBORZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-637 , UL. SZAJNOCHY 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 833 58 88 | |
| identyfikator REGON | 31409800044 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ MATERIAŁÓW DO BADAŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 00-637 WARSZAWA, UL. SZAJNOCHY 8 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ - SPZZLO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-922, UL. CONRADA 15 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ - SPZZLO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI 05-092, UL. SZPITALNA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POŁOŻNEJ POZ - SPZZLO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-887, UL. ŻEROMSKIEGO 13 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ELBLĄSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-637, UL. ELBLĄSKA 35 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA KOCHANOWSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-922, UL. KOCHANOWSKIEGO 19 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA KLAUDYNY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-887, UL. KLAUDYNY 26 B | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNI FELIŃSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-513, UL. FELIŃSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA KLECZEWSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-826, UL. KLECZEWSKA 56 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJLISTYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - KOCHOWSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-574, UL. KOCHOWSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SIECIECHOWSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-928, UL. SIECIECHOWSKA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 12 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA WRZECIONO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-961, UL. WRZECIONO 10 C | |
| telefon/ telefony | 22 833 14 77 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 494** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE - PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 546 22 14 | |
| identyfikator REGON | 000288366 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA MEDYCYNY PRACY | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-781, UL. ROENTGENA 5 | |
| telefon/ telefony | 22 546 32 76 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 495** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NOVIS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. A. STRUGA 60/ACM | |
| telefon/ telefony: | 601 332 040 | |
| identyfikator REGON | 92960530 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NOVIS SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. A. STRUGA 60/ACM | |
| telefon/ telefony | 502 392 113 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 496** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JAROSŁAW BARTOSZUK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201 | |
| telefon/ telefony: | 833 587 821 | |
| identyfikator REGON | 30231510 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA KORNICA 08-205, STARA KORNICA 201 | |
| telefon/ telefony | 833 587 821 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 497** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NASMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-984, UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 7/184 | |
| telefon/ telefony: | 721 000 112 | |
| identyfikator REGON | 145558267 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 03-984 WARSZAWA 03-984, UL. JANA NOWAKA-JEZIORAŃSKIEGO 7/184 | |
| telefon/ telefony | 721 000 112 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 498** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. MICKIEWICZA 26 | |
| telefon/ telefony: | 48 612 93 34 | |
| identyfikator REGON | 145488710 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI 26-670, UL. MICKIEWICZA 26 | |
| telefon/ telefony | 48 612 93 34 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POŚWIĘTNE 26-670, POŚWIĘTNE 26 | |
| telefon/ telefony | 48 612 02 25 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 499** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSUCHÓW 96-323, UL. PIEKARSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 46 857 44 72 | |
| identyfikator REGON | 750137385 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSUCHÓW 96-323, UL. PIEKARSKA 4 | |
| telefon/ telefony | 46 857 44 72 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJOWICE 96-325, UL. SŁONECZNA 2 | |
| telefon/ telefony | 46 857 71 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻABIA WOLA 96-321, UL. WARSZAWSKA 24 | |
| telefon/ telefony | 46 857 82 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GUZÓW 96-317, UL. OGIŃSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 46 856 84 26 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JAKTORÓW 96-313, UL. WARSZAWSKA 3 | |
| telefon/ telefony | 46 856 40 29 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYCYNA RODZINNA" SPÓŁKA CYWILNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WISKITKI 96-315, PL. WOLNOŚCI 5 | |
| telefon/ telefony | 46 856 72 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 500** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SOLUM GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-097, UL. S. BANACHA 14/9 | |
| telefon/ telefony: | 666 079 426 | |
| identyfikator REGON | 365779740 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. WARSZAWSKA 22 | |
| telefon/ telefony | 666 079 426 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 501** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA NEUROMEDYKA EMILIA KOTEWSKA-AVRAMČEVA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL. OKRZEI 51C | |
| telefon/ telefony: | 46 854 22 21, 46 855 84 84 | |
| identyfikator REGON | 750345712 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA RODZINNEGO | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW 96-300, UL. OKRZEI 51C | |
| telefon/ telefony | 46 895 23 33 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA SP NR 2 W ŻYRARDOWIE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW, 96-300, UL. NARUTOWICZA 39 A | |
| telefon/ telefony | 887 791 225, 665 666 357 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 09.09.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 502** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA "REMEDIUM" ANDRZEJ KEMPISTY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁONIAWY-BRAMURA 06-210, PŁONIAWY-BRAMURA 82 | |
| telefon/ telefony: | 29 717 80 17 | |
| identyfikator REGON | 55009001700048 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁONIAWY-BRAMURA 06-210, PŁONIAWY-BRAMURA 82 | |
| telefon/ telefony | 29 717 80 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 503** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I NOWORODKA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-015, UL. PLAC SOKRATESA STARYNKIEWICZA 1/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 370 27 46 | |
| identyfikator REGON | 146726100 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKIE CENTRUM ZDROWIA KOBIETY I NOWORODKA WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-015, UL. PLAC SOKRATESA STARYNKIEWICZA 1/3 | |
| telefon/ telefony | 22 530 03 43 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 504** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA JULIAN KOLWAS | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, SZKOLNA 16 | |
| telefon/ telefony: | 570 817 219 | |
| identyfikator REGON | 142549807 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, SZKOLNA 16 | |
| telefon/ telefony | 22 757 22 77 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 505** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "REKOL - MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-744, UL. SONATY 5 LOK. U1 | |
| telefon/ telefony: | 22 647 12 52 | |
| identyfikator REGON | 008421793 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REKOL - MED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-743, UL. J. S. BACHA 2 | |
| telefon/ telefony | 22 843 68 13 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.09.2021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REKOL - MED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-744, UL. SONATY 5 LOK. U1 | |
| telefon/ telefony | 22 843 68 13 | |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 506** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO MARZENA ZAŁUSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2E | |
| telefon/ telefony: | 29 760 50 63 | |
| identyfikator REGON | 550070167 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. KADM. WŁODZIMIERZA STEYERA 2E | |
| telefon/ telefony | 29 760 50 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 507** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOBIENIACH JEZIORACH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBIENIE–JEZIORY 08-443, UL. TYSIĄCLECIA 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 685 80 26 | |
| identyfikator REGON | 711584054 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPZOZ SOBIENIE -JEZIORY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBIENIE–JEZIORY 08-443, UL. TYSIĄCLECIA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 685 80 26 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 508** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VINEA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. JANA CHRYZOSTOMA PASKA 3 | |
| telefon/ telefony: | 48 334 40 91/510 570 011 | |
| identyfikator REGON | 369694608 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VINEA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. JANA CHRYZOSTOMA PASKA 3 | |
| telefon/ telefony | 510 570 011 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 509** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁECKA MONIKA NZOZ PORADNIA RODZINNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79 | |
| telefon/ telefony: | 48 378 26 29 | |
| identyfikator REGON | 670224380 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-PORADNIA RODZINNA MONIKA MAŁECKA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO 27-300, UL. 1 MAJA 79 | |
| telefon/ telefony | 48 378 14 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 510** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | MED-AGE AGATA KASPEROWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-986, UL. CELULOZY 107 ZR LOK. 1 | |
| telefon/ telefony: | 575 784 890 | |
| identyfikator REGON | 383059893 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MED-AGE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-986, UL. CELULOZY 107 ZR LOK. 1 | |
| telefon/ telefony | 575 784 890 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 511** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA SPACJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA EWA LANGE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-465, UL. 29 LISTOPADA 18A LOK. U3 | |
| telefon/ telefony: | 501 463 500 | |
| identyfikator REGON | 272754053 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA EWA LANGE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-465, UL. 29 LISTOPADA 18A LOK. U3 | |
| telefon/ telefony | 515 081 880/501 463 500 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 512** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA ELŻBIETA RADZIKOWSKA-BÜCHNER | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 34A | |
| telefon/ telefony: | 501 341 502 | |
| identyfikator REGON | 60148718 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | RADZIKOWSKA CLINIC | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-672, UL. DOMANIEWSKA 34A | |
| telefon/ telefony | 728 941 357 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 513** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY PRZYŁĘK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYŁĘK 26-704, PRZYŁĘK 30A | |
| telefon/ telefony: | 48 677 30 06 | |
| identyfikator REGON | 670905854 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W PRZYŁĘKU - FILIA W ZAŁAZACH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAŁAZY 26-704, ZAŁAZY 25 | |
| telefon/ telefony | 48 677 50 09 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 514** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | IRENEUSZ MAREK RÓŻALSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406, UL. KRASIŃSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 671 70 26 | |
| identyfikator REGON | 130304067 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPINOGÓRA GÓRNA 06-406, UL. KRASIŃSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 23 671 70 26 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 515** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKO-GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIEŻUNIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIEŻUŃ 09-320, UL. ZACISZE 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 70 00 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 130763935 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIEŻUŃ 09-320, UL. ZACISZE 2 | |
| telefon/ telefony | 23 657 70 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 516** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO-ANDRZEJ GAJEWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BROK 07-306, UL. JANA PAWŁA II 36 | |
| telefon/ telefony: | 29 745 70 01 | |
| identyfikator REGON | 550709652 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO-ANDRZEJ GAJEWSKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BROK 07-306, UL. JANA PAWŁA II 36 | |
| telefon/ telefony | 29 745 70 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 517** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYTYKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODGAJEK 26-650, PRZYTYK, UL. KOŚCIELNA 15 | |
| telefon/ telefony: | 618 00 69/505 413 690 | |
| identyfikator REGON | 671982087 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYTYKU Z FILIĄ WE WRZESZCZOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODGAJEK 26-650, UL. KOŚCIELNA 15 | |
| telefon/ telefony | 505 413 690 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 518** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ ,,LEKARZ" PIOTR PAPIEROWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA SUCHA 96-513, NOWA SUCHA 50A | |
| telefon/ telefony: | 46 861 26 68 | |
| identyfikator REGON | 17299840 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWA SUCHA 96-513, NOWA SUCHA 50A | |
| telefon/ telefony | 46 861 26 68 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 519** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" SC | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK 09-230, UL. JESIONOWA 13 | |
| telefon/ telefony: | 24 261 53 33 | |
| identyfikator REGON | 142834749 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK 09-230, UL. MEDYCZNA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 261 60 31 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 520** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SP.J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. TRAKT BRZESKI 57B LOK. 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 205 08 01 | |
| identyfikator REGON | 142348523 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DOKTORA -PUNKT SZCZEPIEŃ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZESKI 57B LOK. 3 | 1 |
| telefon/ telefony | 22 205 08 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 521** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ELTERMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAJEZIERZE 26-922,<br>UL. 28 PUŁKU ARTYLERII LEKKIEJ 7A | |
| telefon/ telefony: | 577 157 999 | |
| identyfikator REGON | 365648110 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA ZAJEZIERZE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAJEZIERZE 26-922,<br>UL. 28 PUŁKU ARTYLERII LEKKIEJ 7A | |
| telefon/ telefony | 48 621 41 11 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 522** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁY GABINET LEKARSKI NATALIA ROGIŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-161, UL. KOMORSKA 37 | |
| telefon/ telefony: | 888 573 338 | |
| identyfikator REGON | 146094692 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MAŁY GABINET LEKARSKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-161, UL. KOMORSKA 37 | |
| telefon/ telefony | 604 086 542 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 523** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" SC | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK 09-230, UL. JESIONOWA 13 | |
| telefon/ telefony: | 24 261 60 31 | |
| identyfikator REGON | 14283474900020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OŚRODEK ZDROWIA" SC | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK 09-230, UL. MEDYCZNA 2 | |
| telefon/ telefony | 24 261 60 31 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 524** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. TRAKT BRZESKI 57B/3 | |
| telefon/ telefony: | 22 205 08 01 | |
| identyfikator REGON | 14234852300029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077,<br>UL. TRAKT BRZESKI 57B/3 | |
| telefon/ telefony | 22 205 08 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 525** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRA MEDYCZNE JULIA I ROBERT ROLA-JANICCY SPÓŁKA PARTNERSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-943, UL. URLE 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 211 14 38 | |
| identyfikator REGON | 141197022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE SADYBA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-943, UL. URLE 1 | |
| telefon/ telefony | 22 211 14 38 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE WITOLIN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-113, UL. ŁUKOWSKA 1 U11 | |
| telefon/ telefony | 22 211 14 68 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 526** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (ZGODNIE Z KRS OD DNIA 08.09.2021 r. - DIAGNOSTYKA S. A. ) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KRAKÓW 31-864, UL. PROF. MICHAŁA ŻYCZKOWSKIEGO 16 | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | |
| identyfikator REGON | 356366975 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, STAROWIEJSKA 66 | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-710, UL. OKRZEI 18/U5 | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-758, Ul. AL. GEN. SIKORSKIEGO 9A | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 527** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 50-456, UL. DWORCOWA 11B | |
| telefon/ telefony: | 693 424 008 | |
| identyfikator REGON | 382992698 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 8 | |
| telefon/ telefony | 508 777 223 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PUNKT NAMIOTOWY - PARKING PRZY MOPR W OSTROŁĘCE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. GEN. J. HALLERA 12 | |
| telefon/ telefony | 508 777 223 | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.10.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PUNKT NAMIOTOWY - PARKING PRZY SP NR 10 W OSTROŁĘCE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. KS. BLACHNICKIEGO 16 | |
| telefon/ telefony | 508 777 223 | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.09.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 528** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDVIT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B | |
| telefon/ telefony: | 22 431 69 69 | |
| identyfikator REGON | 12178941 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 42B | |
| telefon/ telefony | 500 900 800 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.07.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 529** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SAN-MED" ROBERT GAJDA, JAN SADOWSKI SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROBIN 09-120, UL. PRZYSZŁOŚĆ 18 | |
| telefon/ telefony: | 24 260 10 21 | |
| identyfikator REGON | 611066240 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DROBIN 09-120, UL. PRZYSZŁOŚĆ 18 | |
| telefon/ telefony | 24 260 10 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁĘG PROBOSTWO 09-209, ŁĘG PROBOSTWO 23 | |
| telefon/ telefony | 24 260 32 66 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 530** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERESA BŁOŃSKA - JANKOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 29 766 94 40 | |
| identyfikator REGON | 550004710 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ TERESA BŁOŃSKA - JANKOWSKA - PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RÓŻAN 06-230, UL. GDAŃSKA 4 | |
| telefon/ telefony | 512 221 453 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 531** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWIE - LEGIONOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 15 A | |
| telefon/ telefony: | 22 767 36 74 | |
| identyfikator REGON | 15498215 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO 05-120, UL. SOWIŃSKIEGO 15 A | |
| telefon/ telefony | 22 767 36 93 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 532** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ELŻBIETA SIKORSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. SYRENY 4 | |
| telefon/ telefony: | 29 760 72 65 | |
| identyfikator REGON | 550201592 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, UL. SYRENY 4 | |
| telefon/ telefony | 29 760 72 65 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 533** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARIOLA HNAT-ŚNIEŻEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-127, UL. ĆMIELOWSKA 15A/15 | |
| telefon/ telefony: | 23 661 21 08 | |
| identyfikator REGON | 141356472 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SARBIEWIE MARIOLA HNAT-ŚNIEŻEK - GABINET ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SARBIEWO, 09-130, SARBNIEWO 26 | |
| telefon/ telefony | 23 661 21 08 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.01.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 534** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ROMAN CHĄDZYŃSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKÓRZEC 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 64 22 139 | |
| identyfikator REGON | 71026261500032 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKÓRZEC 08-114, DĄBRÓWKA-ŁUG, UL. GARWOLIŃSKA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 642 21 39/25 631 28 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 535** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SALUS MEDYCYNA SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. J. PIŁSUDSKIEGO 49 | |
| telefon/ telefony: | 25 63 22 393; 605 432 112; 607 213 880 | |
| identyfikator REGON | 6934008100011 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SALUS MEDYCYNA FILIA NR 1 | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. J. PIŁSUDSKIEGO 49 | |
| telefon/ telefony | 25 740 54 55 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 536** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWA_RODZINA SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-471, UL. GEN. TADEUSZA PEŁCZYŃSKIEGO 22J | |
| telefon/ telefony: | 22 664 69 20 | |
| identyfikator REGON | 36605234100010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZDROWA_RODZINA SP. Z O. O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-471, UL. GEN. TADEUSZA PEŁCZYŃSKIEGO 22J | |
| telefon/ telefony | 22 664 69 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 537** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA IM PROF. TADEUSZA GAŁAMONA W NIEPORĘCIE; LEK. MED. K.KIDAŁA, S.OLCZYK SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPORĘT 05-126, UL. DWORCOWA 8B, | |
| telefon/ telefony: | 22 774 82 50 | |
| identyfikator REGON | 141197855 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPORĘT 05-126, Ul. DWORCOWA 8B, | |
| telefon/ telefony | 22 774 82 50 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 538** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE NIEPORĘT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPORĘT 05-126, UL. PODLEŚNA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 767 57 20 | |
| identyfikator REGON | 11771200 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE NIEPORĘT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEPORĘT 05-126, UL. PODLEŚNA 4 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 767 57 20 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 539** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPA MEDYCZNA VERTIMED ZAKRZEWSCY SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-796, UL. BRONIKOWSKIEGO 55 | |
| telefon/ telefony: | 22 405 63 75 | |
| identyfikator REGON | 141373051 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPA MEDYCZNA VERTIMED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-796, UL. BRONIKOWSKIEGO 55 | |
| telefon/ telefony | 22 405 63 75 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 540** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OLSZTYŃSKA" DĘBIŃSKA, SZCZEPANOWSKA - SPÓŁKA PARTNERSKA - LEKARZE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600 , UL. OLSZTYŃSKA 33A | |
| telefon/ telefony: | 48 344 30 13 | |
| identyfikator REGON | 672990580 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600 , UL. OLSZTYŃSKA 33A | |
| telefon/ telefony | 566 566 001 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 541** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRAŻMOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRAŻMÓW 05-505, UL. B. OSTAPOWICZA 4 | |
| telefon/ telefony: | 22 756 73 82 | |
| identyfikator REGON | 16075066 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | od 31.12.2020 r. | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ - UWIELINY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UWIELINY 05-540, UL. GŁÓWNA 10 | |
| telefon/ telefony | 22 727 61 07 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | od 31.12.2020 r. | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ - ZOZ PRAŻMÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRAŻMÓW 05-505, UL. B. OSTAPOWICZA 4 | |
| telefon/ telefony | 22 756 73 82 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 542** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANDRZEJ NIEMIRSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ZDROWA RODZINA” | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. OBWODOWA 8 A | |
| telefon/ telefony: | 48 670 28 21 | |
| identyfikator REGON | 67085983500035 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWA RODZINA" - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA 05-660, UL. OBWODOWA 8 A | |
| telefon/ telefony | 48 670 28 21 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 543** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | IMPLADENT ALEKSANDRA NIESIOBĘDZKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-164, UL. BANDERII 4/U3 | |
| telefon/ telefony: | 48 670 28 21 | |
| identyfikator REGON | 1188812600022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | IMPLADENT ALEKSANDRA NIESIOBĘDZKA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-164, UL. BANDERII 4/U3 | 1 |
| telefon/ telefony | 606 382 800 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 544** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WIESŁAWA GRZYB | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. SZKOLNA 12 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 88 83 | |
| identyfikator REGON | 550359092 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15 | |
| telefon/ telefony | 29 761 88 83 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 545** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA-WESOŁA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-075, UL. JANA KILIŃSKIEGO 48 | |
| telefon/ telefony: | 608 449 648 | |
| identyfikator REGON | 1133719400020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 1 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA WESOŁA 05-075, UL. JANA KILIŃSKIEGO 48 | |
| telefon/ telefony | 22 773 53 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 2 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA WESOŁA 05-075, WARSZAWSKA 55A | |
| telefon/ telefony | 22 760 27 35 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 3 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA WESOŁA 05-077, UL. JANA PAWŁA II 23 | |
| telefon/ telefony | 22 773 83 96 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 4 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA WESOŁA 05-077, UL. KAMYK 10A/42 | |
| telefon/ telefony | 22 123 44 32 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 546** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HALINA WIŚNIEWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄSEWO 07-311, UL. GOWOROWSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 508 188 065 | |
| identyfikator REGON | 551203297 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "VISH-MED" HALINA WIŚNIEWSKA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄSEWO 07-311, UL. GOWOROWSKA 39 A | |
| telefon/ telefony | 29 645 83 84 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 547** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HIT MEDICA POLIGONOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-572, UL. MARSZAŁKOWSKA 28 | |
| telefon/ telefony: | 22 625 27 63 | |
| identyfikator REGON | 368460280 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-572, UL. MARSZAŁKOWSKA 28 | |
| telefon/ telefony | 22 625 27 63 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | HIT MEDICA POLIGONOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-051, UL. POLIGONOWA 32 | |
| telefon/ telefony | 22 540 22 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 548** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-790, UL. TRAKT LUBELSKI 140/14 | |
| telefon/ telefony: | 22 815 20 07 | |
| identyfikator REGON | 140616050 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA "DO-MED" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-874, UL. PRZEWODOWA 32 | |
| telefon/ telefony | 22 290 23 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA "DO-MED" W FALENICY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-993, UL. BYSŁAWSKA 84 | |
| telefon/ telefony | 22 290 22 90, 22 815 20 07 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZESPÓŁ PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W PRZYSUSZE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA, 26-400, UL. WARSZAWSKA 25 I 27 | |
| telefon/ telefony | 22 290 22 90, 22 815 20 07 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-842, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 8/12 | |
| telefon/ telefony | 22 815 20 07, 530 553 324 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET SZCZEPIEŃ BIELANY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-882, UL. STEFANA ŻEROMSKIEGO 29 | |
| telefon/ telefony: | 530 553 324 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 549** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PALIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO 09-120, UL. GŁÓWNY RYNEK 12 | |
| telefon/ telefony: | 23 66 14 524 | |
| identyfikator REGON | 130955764 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PALIUM SP. Z O.O. PRZYCHODNIA W JOŃCU - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JONIEC 09-131, JONIEC 15 | |
| telefon/ telefony | 23 661 60 15 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 550** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | SENDELA GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. MAZOWIECKA 63 | |
| telefon/ telefony: | 29 752 20 14 | |
| identyfikator REGON | 550468208 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZASNYSZ 06-300, UL. MAZOWIECKA 63 | |
| telefon/ telefony | 29 752 20 14 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 551** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EWA MAGIERSKA, URSZULA OLEŚKIEWICZ-KICIAK SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁA 09-411, UL. JANA KAZIMIERZA 1 | |
| telefon/ telefony: | 24 365 04 17 | |
| identyfikator REGON | 142132378 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁA 09-411, UL. JANA KAZIMIERZA 1 | |
| telefon/ telefony | 24 365 04 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 552** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JOANNA BERLIŃSKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BER-MED WIELISZEW | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELISZEW 05-135, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 85 | |
| telefon/ telefony: | 22 782 23 85, 662 605 313 | |
| identyfikator REGON | 10031116 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA PULMUNOLOGICZNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIELISZEW 05-135, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 85 | |
| telefon/ telefony | 22 782 23 85 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 553** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | "IMPLADENT D. NIESIOBĘDZKI" SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-014, UL. ŻYTNIA 16 | |
| telefon/ telefony: | 22 632 20 20 | |
| identyfikator REGON | 015251041 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "IMPLADENT" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-014, UL. ŻYTNIA 16 | |
| telefon/ telefony | 22 632 20 20 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 554** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KKŁ SZ.KUNKA, S.KWIATKOWSKI, A.ŁASKAWIEC SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 13 | |
| telefon/ telefony: | 25 641 69 00 | |
| identyfikator REGON | 14166782900029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA W ZBUCZYNIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZBUCZYN 08-106, UL. TERESPOLSKA 13 | |
| telefon/ telefony | 25 641 69 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 555** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED SPÓŁKA CYWILNA MAŁGORZATA KOZŁOWSKA, ZBIGNIEW KOZŁOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. GDYŃSKA 61 | |
| telefon/ telefony: | 22 787 96 21 | |
| identyfikator REGON | 140752088 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAK-MED | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. AL. ARMII KRAJOWEJ 64/13 | |
| telefon/ telefony | 22 787 80 10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 556** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EMC PIASECZNO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. MICKIEWICZA 39 | |
| telefon/ telefony: | 22 735 41 00 | |
| identyfikator REGON | 142776420 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | EMC PIASECZNO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO 05-500, UL. SZKOLNA 1 | |
| telefon/ telefony | 539 146 322 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - BUDYNEK RATUSZA MIASTA I GMINY PIASECZNO | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO, 05-500, PL. PIŁSUDSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 539 146 322 | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 26.07.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZPITAL ŚW. ANNY W PIASECZNIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIASECZNO, 05-500, UL. MICKIEWICZA 39 | |
| telefon/ telefony | 539 146 322 | |
| Data dodania do wykazu | 26.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 557** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA"DOKTOR EWA"EWA URSZULA JAWORSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 88 82 | |
| identyfikator REGON | 510495857 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KADZIDŁO 07-420, UL. KOŚCIUSZKI 15 | |
| telefon/ telefony | 29 761 88 82 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 558** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ROBERT KUCHARSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRAŃSZCZYK 07-221, UL. JANA PAWŁA II 50 | |
| telefon/ telefony: | 29 742 14 69 | |
| identyfikator REGON | 550667296 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRAŃSZCZYK 07-221, UL. JANA PAWŁA II 50 | |
| telefon/ telefony | 29 742 14 69 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 559** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZYDŁOWCU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. WSCHODNIA 23 | |
| telefon/ telefony: | 48 617 03 00 | |
| identyfikator REGON | 67012987000051 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZYDŁOWCU | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC 26-500, UL. WSCHODNIA 23 | 1 |
| telefon/ telefony | 48 617 09 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 560** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CLINICAL RESEARCH GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-142, UL. SOKOŁOWSKA U-2 9 | |
| telefon/ telefony: | 22 100 45 30 | |
| identyfikator REGON | 146329882 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE CRG | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-142, UL. SOKOŁOWSKA U-2 9 | |
| telefon/ telefony | 22 100 45 30 | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.07.2021 r. - 01.10.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 561** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO-PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-791, UL. CHOCIMSKA 24 | |
| telefon/ telefony: | 22 542 14 00 | |
| identyfikator REGON | 28846100027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA CHORÓB METABOLICZNYCH | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-903, UL. POWSIŃSKA 61 | |
| telefon/ telefony | 22 55 09 692 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 562** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INVICTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-019 , UL. ZŁOTA 6 | |
| telefon/ telefony: | 600 466 758 | |
| identyfikator REGON | 192766523 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KLINIKI I LABORATORIA MEDYCZNE INVICTA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-019 , UL. ZŁOTA 6 | |
| telefon/ telefony | 22 892 93 60 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 563** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GRABOWIE NAD PILICĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRABÓW NAD PILICĄ 26-902, UL. PARKOWA 2 | |
| telefon/ telefony: | 48 662 70 17 | |
| identyfikator REGON | 671984407 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W GRABOWIE NAD PILICĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRABÓW NAD PILICĄ 26-902, UL. PARKOWA 2 | |
| telefon/ telefony | 48 662 70 17 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 564** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRALNA WOJSKOWA PRZYCHODNIA LEKARSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-911, UL. KOSZYKOWA 78 | |
| telefon/ telefony: | 22 429 10 65 | |
| identyfikator REGON | 10137895 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-911, UL. KOSZYKOWA 78 | |
| telefon/ telefony | 22 429 11 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 565** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ,,DOBRE ZDROWIE" JOLANTA CZERNIAWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE 05-307, UL. SZKOLNA 2 | |
| telefon/ telefony: | 25 757 10 22 | |
| identyfikator REGON | 711671540 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ ,,DOBRE ZDROWIE" PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE 05-307, UL. SZKOLNA 2 | |
| telefon/ telefony | 25 757 10 22 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 566** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | POLIKLINIKA LEKARSKO-STOMATOLOGICZNA "MEDICUS" S.C. J. BIAŁKOWSKA, A. DRESLERSKI, M.JAROSZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-801, UL. CHMIELNA 100 | |
| telefon/ telefony: | 22 624 71 80 | |
| identyfikator REGON | 11570855 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-801, UL. CHMIELNA 100 | |
| telefon/ telefony | 504 204 606 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ " MEDICUS" S.C. FILIA NR 1 | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-370, UL. KOBIELSKA 62 | |
| telefon/ telefony | 515 347 725 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 567** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEKUŃ 07-411, UL. SZKOLNA 21 | |
| telefon/ telefony: | 29 761 75 04 | |
| identyfikator REGON | 550068294 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA W RZEKUNIU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RZEKUŃ 07-411, UL. SZKOLNA 21 | |
| telefon/ telefony | 29 761 75 04 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 568** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 360 67 46 | |
| identyfikator REGON | 671967082 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WARSZAWSKA 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 360 67 46 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA "CENTRUM" NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WOŚNICKA 28 LOK. 1 | |
| telefon/ telefony: | 48 334 36 07 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 569** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZJUSZA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 419 32 81 | |
| identyfikator REGON | 13282511 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-480, UL. KARTEZJUSZA 2 | |
| telefon/ telefony: | 22 419 32 04 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 570** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35 | |
| telefon/ telefony: | 505 097 162 | |
| identyfikator REGON | 140799351 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. PLAC WOLNOŚCI 35 | |
| telefon/ telefony: | 505 097 162 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 571** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA NA BIELANACH NZOZ S.C. JADWIGA DOWGIAŁŁO-SMOLARCZYK, MARTA SMOLARCZYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-773, UL. BRACI ZAŁUSKI 11/26 | |
| telefon/ telefony: | 22 865 80 40 | |
| identyfikator REGON | 15295080 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA NA BIELANACH NZOZ S.C. JADWIGA DOWGIAŁŁO-SMOLARCZYK, MARTA SMOLARCZYK | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-871, UL. KASPROWICZA 62 | |
| telefon/ telefony: | 2 2865 80 40 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 572** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSA SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-715 , UL. OKRZEI 1A | |
| telefon/ telefony: | 12 629 89 00 | |
| identyfikator REGON | 351618159 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE WARSZAWSA SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-626, UL. ALEJA NIEPODLEGŁOŚCI 107/ 109 | |
| telefon/ telefony: | 12 629 88 00 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 573** | od 15.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FUNDACJA PRAWO DO ZDROWIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-660, UL. IRYSOWA 16 A | |
| telefon/ telefony: | 509 595 854 | |
| identyfikator REGON | 382895765 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-660, UL. IRYSOWA 16 A | |
| telefon/ telefony: | 509 595 854 | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 574** | od 12.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BIOMEDICA PIOTR ANDRYSIAK, MIROSŁAW ANDRYSIAK SPÓŁKA CYWILNA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-892, UL. ROMASZEWSKIEGO 6/B1 | |
| telefon/ telefony: | 510 942 421 | |
| identyfikator REGON | 382826416 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT POBRAŃ FUNDACJI PRAWO DO ZDROWIA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-892, UL. ROMASZEWSKIEGO 6/B1 | |
| telefon/ telefony: | 510 942 421 | |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 575** | od 13.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO "MAZOVIA" SPÓŁKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-725, UL. CHEŁMSKA 12 | |
| telefon/ telefony: | 786 111 928 | |
| identyfikator REGON | 38560111000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | AMBULATORIUM STOMATOLOGICZNE - CHEŁMSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-725, UL. CHEŁMSKA 12 | |
| telefon/ telefony: | 786 111 928 | |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 576** | od 12.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NEW SWAN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2 | |
| telefon/ telefony: | 791 557 393 | |
| identyfikator REGON | 386646013 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2 | |
| telefon/ telefony: | 791 557 393 | |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NEW SWAN SP. Z O.O. W JÓZEFOWIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2 | |
| telefon/ telefony: | 791 557 393 | |
| Data dodania do wykazu | 05.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 577** | od 05.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | A.S. INTERNATIONAL BIURO HANDLU ZAGRANICZNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-728, UL. BOBROWIECKA 9 | |
| telefon/ telefony: | 511 003 668 | |
| identyfikator REGON | 1471910900020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BEZPIECZNY DOM OPIEKI NESTOR | 10 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-728, UL. BOBROWIECKA 9 | |
| telefon/ telefony: | 511 003 668 | |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 578** | od 12.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITABENE PAWEŁ DĄBROWSKI (DO DNIA 31.01.2022 r. E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI) | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄZKOWSKA 44 (DO DNIA 31.01.2022 R. UL. CZOSNÓW 05-152, UL. PIEŃKÓW 82 F) | |
| telefon/ telefony: | 692 692 999 | |
| identyfikator REGON | 010864833 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | VITABENE PAWEŁ DĄBROWSKI<br>(DO DNIA 31.01.2022 r. E-KOSMEA PAWEŁ DĄBROWSKI) | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-797, UL. POWĄZKOWSKA 44 | |
| telefon/ telefony: | 514 314 514 | |
| Data dodania do wykazu | 12.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 579** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SALON MEDYCYNY ESTETYCZNEJ PIĘKNOTEKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-691,<br>UL. OBRZEŻNA 1 C/4U3 | |
| telefon/ telefony: | 733 135 794 | |
| identyfikator REGON | 141048635 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SALON MEDYCYNY ESTETYCZNEJ PIĘKNOTEKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-691,<br>UL. OBRZEŻNA 1 C/4U3 | |
| telefon/ telefony: | 733 135 794 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 580** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWWOTNEJ<br>PRZYCHODNIE KOZIENICKIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. SIENKIEWICZA 28 | |
| telefon/ telefony: | 48 614 30 30 W.222 | |
| identyfikator REGON | 67195579400021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"PRZYCHODNIE KOZIENICKIE" SIENKIEWICZA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. SIENKIEWICZA 28 | |
| telefon/ telefony: | 506 161 710 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>"PRZYCHODNIE KOZIENICKIE" SIENKIEWICZA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE 26-900, UL. WARSZAWSKA 55 | |
| telefon/ telefony: | 48 614 68 87 W. 15 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 581** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „ALFA-MED”<br>S.C. JOANNA KOBUSZEWSKA, PAWEŁ KOBUSZEWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHODKOWO-DZIAŁKI 09-470, UL. MIODOWA 17 | |
| telefon/ telefony: | 24 260 70 28/516 924 221 | |
| identyfikator REGON | 61105936800020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ „ALFA-MED” | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHODKOWO-DZIAŁKI, 09-470, MIODOWA 17 | |
| telefon/ telefony: | 242607028 / 516924221 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 582** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA BEATA OBERNIKOWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. MIŁA 8 | |
| telefon/ telefony: | 24 260 41 55 | |
| identyfikator REGON | 91135093000053 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA BEATA OBERNIKOWICZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. MIŁA 8 | |
| telefon/ telefony: | 24 260 41 55 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 583** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | DP MED PATRYCJA CHORĄŻEWICZ, DARIUSZ CHORĄŻEWICZ SP.J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONNA 05-110, UL. MODLIŃSKA 49 | |
| telefon/ telefony: | 22 29 29 821 | |
| identyfikator REGON | 146952569 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DP MED. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONNA 05-110, UL. MODLIŃSKA 49 | |
| telefon/ telefony: | 22 29 29 800 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 584** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYSUSZE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, UL. AL. JANA PAWŁA II 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 383 35 05 | |
| identyfikator REGON | 67020513400028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZYSUSZE POZ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRZYSUCHA 26-400, UL. AL. JANA PAWŁA II 4 | |
| telefon/ telefony: | 48 383 35 05 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 585** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ MAŁGORZATA I GRZEGORZ OLIZAROWSCY S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-761, UL. ZWOLEŃSKA 127 | |
| telefon/ telefony: | 22 812 64 11 | |
| identyfikator REGON | 14669318000025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ W MIĘDZYLESIU | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-761, UL. ZWOLEŃSKA 127 | |
| telefon/ telefony: | 22 812 64 11 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | FILIA W STAREJ MIŁOSNEJ - PRZYCHODNIA "POGODNA" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 05-077, UL. JANA PAWŁA II 25 | |
| telefon/ telefony: | 22 773 83 23 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 586** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FAMAR SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. GRUDUSKA 50 | |
| telefon/ telefony: | 23 682 12 60 | |
| identyfikator REGON | 147058965 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARNICA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA 06-500, WÓJTOSTWO 1 | |
| telefon/ telefony: | 23 682 12 60 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - ZESPÓŁ PLACÓWEK OŚWIATOWYCH NR 2 W MŁAWIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MŁAWA, 06-500, GRANICZNA 39 | |
| telefon/ telefony: | 509 324 848, 509 324 781 | |
| Data dodania do wykazu | 10.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 587** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTENJ NR 1 | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 776 26 86/22 776 26 05 | |
| identyfikator REGON | 1725032400025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MIEJSKI SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTENJ NR 1 | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 776 26 86/22 776 26 05 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 588** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ RODZINA ADAM OLSZEWSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A | |
| telefon/ telefony: | 23 682 11 22 | |
| identyfikator REGON | 368119204 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ RODZINA | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A | |
| telefon/ telefony: | 23 682 11 22 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWO - WIDOWISKOWA MOSiR CIECHANÓW | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW, 06-400, UL. KRASZEWSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony: | 502-712-416 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ RODZINA | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW, 06-400, UL. KRASZEWSKIEGO 8 | |
| telefon/ telefony: | 502-712-416 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 28.02.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ RODZINA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A | |
| telefon/ telefony: | 23 682 11 33 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 589** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26 | |
| telefon/ telefony: | 507 831 517 | |
| identyfikator REGON | 1494475000038 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SP. Z O. O. | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26 | |
| telefon/ telefony: | 507 831 517 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY -MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW. JANA PAWŁA II W SIEDLCACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. PONIATOWSKIEGO 26 | |
| telefon/ telefony: | 507 831 574 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 590** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "EMMANUEL" | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. PL. WOLNOŚCI 35/3 | |
| telefon/ telefony: | 23 679 42 41 | |
| identyfikator REGON | 13006105000020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "EMMANUEL" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STRZEGOWO 06-445, UL. TARGOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 23 679 42 41 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 591** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS CLINIC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. SPÓŁDZIELCZA 2 | |
| telefon/ telefony: | 881 204 906 | |
| identyfikator REGON | 38561780200015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. SPÓŁDZIELCZA 2 | |
| telefon/ telefony: | 881 204 906 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 592** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ROŚCISZEWO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŚCISZEWO 09-204, UL. JANA PAWŁA II 6 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 46 09 | |
| identyfikator REGON | 61105209900027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ROŚCISZEWO 09-204, UL. JANA PAWŁA II 6 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 414 /24 276 46 09/575 099 228 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 593** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ W POLICZNIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLICZNA 26-750, UL. PRUSA 9 | |
| telefon/ telefony: | 48 677 00 73 | |
| identyfikator REGON | 67201294200021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GOZ W POLICZNIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POLICZNA 26-750, UL. PRUSA 9 | |
| telefon/ telefony: | 48 677 00 73 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 594** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ "NASZA PRZYCHODNIA", MARIA URSZULA LEWANDOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC 09-200, UL. WŁADYSŁAWA JAGIEŁŁY 31 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 81 23 | |
| identyfikator REGON | 61030140700025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ 'NASZA PRZYCHODNIA", OŚRODEK ZDROWIA W GÓJSKU | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓJSK 09-227, UL. SIERPECKA 10 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 81 23 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ 'NASZA PRZYCHODNIA", OŚRODEK ZDROWIA W SZCZUTOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZCZUTOWO 09-227, UL. LIPOWA 11 | |
| telefon/ telefony: | 24 276 71 68 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 595** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | N.Z.O.Z. OŚRODEK ZDROWIA W BRWINOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRWINÓW 05-840, UL. PERONOWA 4 B | |
| telefon/ telefony: | 22 729 63 61 | |
| identyfikator REGON | 01219185800031 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRWINÓW 05-840, UL. PERONOWA 4 B | |
| telefon/ telefony: | 22 729 63 61 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 596** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻUROMIN 09-300, UL. WIATRACZNA 19 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 52 44 | |
| identyfikator REGON | 130245353 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET ZABIEGOWY - PANACEUM ŻUROMIN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻUROMIN 09-300, UL. WIATRACZNA 19 | |
| telefon/ telefony: | 23 657 52 44 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 597** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KONTRAKTOWY OŚRODEK ZDROWIA KRZYSZTOF BUGALSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAŁUSKI 09-142, UL. ZAŁUSKI 59A | |
| telefon/ telefony: | 23 66 19 568 | |
| identyfikator REGON | 1302761800030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KONTRAKTOWY OŚRODEK ZDROWIA KRZYSZTOF BUGALSKI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAŁUSKI 09-142, UL. ZAŁUSKI 59A | |
| telefon/ telefony: | 23 66 19 568 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 598** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICA SPÓŁKA Z O.O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. KILIŃSKIEGO 50 | |
| telefon/ telefony: | 515 707 333 | |
| identyfikator REGON | 364670201 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDICA SPÓŁKA Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZWOLEŃ 26-700, UL. KILIŃSKIEGO 50 | |
| telefon/ telefony: | 515 707 333 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 599** | od 14.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE IM. JÓZEFA PSARSKIEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, AL. JANA PAWŁA II 120 A | |
| telefon/ telefony: | 29 765 17 30 | |
| identyfikator REGON | 00030461600040 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY-MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE IM. JÓZEFA PSARSKIEGO | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, AL. JANA PAWŁA II 120 A | |
| telefon/ telefony: | 29 765 17 30 | |
| Data dodania do wykazu | 14.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.03.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL TYMCZASOWY-MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE IM. JÓZEFA PSARSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-410, AL. JANA PAWŁA II 120 A | |
| telefon/ telefony: | 29 765 17 30 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 01.04.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 600** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ "ZIEL-MED" ZIELIŃSKI SP. J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. JANA PAWŁA II 46 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 13 83/48 664 30 00 | |
| identyfikator REGON | 147404597 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "ZIEL-MED" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRÓJEC 05-600, UL. JANA PAWŁA II 46 | |
| telefon/ telefony: | 48 664 13 83/48 664 30 00 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 601** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOCIN 09-317, UL. ŻEROMSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 658 10 11 | |
| identyfikator REGON | 130346999 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUTOCIN | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LUTOCIN 09-317, UL. ŻEROMSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 23 658 10 11 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 602** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ FAMIL-MED S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIĘDZYBORÓW 96-316, UL. CHOPINA 18 A | |
| telefon/ telefony: | 46 855 58 08 | |
| identyfikator REGON | 141145090 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA FAMIL-MED. PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIĘDZYBORÓW 96-316, UL. CHOPINA 18 A | |
| telefon/ telefony: | 46 855 58 08 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 603** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSZYNIEC 07-430, UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony: | 29 717 05 77 | |
| identyfikator REGON | 550070859 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA JACEK KRUPSKI - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MYSZYNIEC, 07-430, UL. Dr. ST. PAWŁOWSKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony: | 29 717 05 77 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 604** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ CM EMK-MED. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA, 05-530, UL. Por. JANA BIAŁKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 887 110 160 | |
| identyfikator REGON | 142423319 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE EMK-MED. PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA, 05-530, UL. Por. JANA BIAŁKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 887 110 160 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE EMK-MED PUNKT SZCZEPIEŃ POr. JANA BIAŁKA 3 | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA 05-530, UL. Por. JANA BIAŁKA 3 | |
| telefon/ telefony: | 887 110 160 | |
| Data dodania do wykazu | 16.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 605** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIĄ 09-140, BŁONIE 22 | |
| telefon/ telefony: | 23 679 10 29 | |
| identyfikator REGON | 1488432400030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED" - PUNKT SZCZEPIEŃ RACIĄŻ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RACIĄŻ 09-140, BŁONIE 22 | |
| telefon/ telefony: | 23 679 10 29 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MADENT-MED" - PUNKT SZCZEPIEŃ ZAWIDZ KOŚCIELNY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAWIDZ KOŚCIELNY 09-226, UL. MAZOWIECKA 26 | |
| telefon/ telefony: | 24 231 45 37 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 606** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SKINFINITY PRAKTYKA LEKARSKA NINA USZKIEWICZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-410, UL. SOLEC 18/20 LOK. U7 | |
| telefon/ telefony: | 888 859 659 | |
| identyfikator REGON | 360109896 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SKINFINITY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-410, UL. SOLEC 18/20 LOK. U7 | |
| telefon/ telefony: | 888 859 659 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 607** | od 26.01.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CLEAN-ARD ARTUR CIBOR | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-188, UL. OBRAZKOWA 18 | |
| telefon/ telefony: | 507 120 129 | |
| identyfikator REGON | 14009032200027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-188, UL. OBRAZKOWA 18 | |
| telefon/ telefony: | 507 120 129 | |
| Data dodania do wykazu | 26.01.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.07.2021 r. - 21.08.2021 r. CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 608** | od 02.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE 3" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. ANDRZEJA STRUGA 57 A | |
| telefon/ telefony: | 48 330 86 46/48 364 67 26 | |
| identyfikator REGON | 672717849 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ "ŚRÓDMIEŚCIE 3" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. ANDRZEJA STRUGA 57 A | |
| telefon/ telefony: | 48 330 86 46/48 364 67 26 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 609** | od 02.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | "MEDYK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. TADEUSZA NIEDŹWIEDZIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW 08-450, UL. SPORTOWA 17 | |
| telefon/ telefony: | 25 684 57 06 | |
| identyfikator REGON | 71163169300023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | "MEDYK" SP. Z O.O - NPZOZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASKARZEW 08-450, UL. SPORTOWA 17 | |
| telefon/ telefony: | 25 684 57 06 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 610** | od 02.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KLINIKA PROMED A. MUJEZINOVIĆ-JARDIS SP.J. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-036, UL. UNIWERSYTECKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 822 18 11 | |
| identyfikator REGON | 10240713 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PROMED-CENTRUM MEDYCZNO-STOMATOLOGICZNE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-036, UL. UNIWERSYTECKA 5 | |
| telefon/ telefony: | 22 822 18 11 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 611** | od 02.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL CZERNIAKOWSKI SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-739, UL. STĘPIŃSKA 19/25 | |
| telefon/ telefony: | 515 346 353 604 588 399 22 31 86 401 | |
| identyfikator REGON | 1102681500026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY UL. STĘPIŃSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-739, UL. STĘPIŃSKA 19/25 | |
| telefon/ telefony: | 515 346 353 604 588 399 22 31 86 401 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 612** | od 11.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, I. GANDHI 14 | |
| telefon/ telefony: | 22 34 96 100 | |
| identyfikator REGON | 288484 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INSTYTUT HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. I. GANDHI 14 | |
| telefon/ telefony: | 608 461 464 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 29.11.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 613** | od 11.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | RAJMEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-285, KONDRATOWICZA 18/206 | |
| telefon/ telefony: | 22 301 18 31/29 742 01 17 | |
| identyfikator REGON | 142274291 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE RAJMEDICA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ 05-240, UL. WARSZAWSKA 11 | |
| telefon/ telefony: | 798 757 585/29 742 01 17 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 614** | od 11.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICA E.D. SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRZYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24 | |
| telefon/ telefony: | 24 386 99 99 | |
| identyfikator REGON | 365781693 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDICA E.D. SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRZYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24 | |
| telefon/ telefony: | 24 386 99 99 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 11.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 615** | od 15.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EWA ŻURAWIŃSKA-GRZELKA LEKARZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 6/88 | |
| telefon/ telefony: | 602 356 313 | |
| identyfikator REGON | 016120803 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PROKURATURA KRAJOWA GABINET LEKARSKI EWA ŻURAWIŃSKA-GRZELKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 3 | |
| telefon/ telefony: | 602 356 313 | |
| Data dodania do wykazu | 15.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 616** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CORTEN MEDIC PRAGA TOMASZ SIKORA SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-738, UL. KIJOWSKA 1 | |
| telefon/ telefony: | 22 270 30 72 | |
| identyfikator REGON | 016431294 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-738, UL. KIJOWSKA 1 | |
| telefon/ telefony | 226020997 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 617** | od 16.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK POMOCY ZDROWIU UL. BELLOTTIEGO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10 | |
| telefon/ telefony: | 794 692 702, 794 692 000 | |
| identyfikator REGON | 010465760 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK POMOCY ZDROWIU UL. BELLOTTIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10 | |
| telefon/ telefony | 794692702/794692000 | |
| Data dodania do wykazu | 16.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.05.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 618** | od 23.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PAWEŁ STELMASZEK LEKARZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-991, UL. BRUZDOWA 100 F/10 | |
| telefon/ telefony: | 501 835 672 | |
| identyfikator REGON | 365616557 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA - STELMED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, UL. BRANICKIEGO 15 | |
| telefon/ telefony | 794 365 248/501 835 672 | |
| Data dodania do wykazu | 23.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 23.04.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VAXMED-PUNKT SZCZEPIEŃ PAWEŁ STELMASZEK | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-495, UL. GENERAŁA KAZIMIERZA SOSNKOWSKIEGO 1C | |
| telefon/ telefony | 881 221 433 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 619** | od 26.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITA-MED STANISŁAW MOTYCZYŃSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4 | |
| telefon/ telefony: | 530 577 036 | |
| identyfikator REGON | 017445045 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VITA-MED BŁONIE - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4 | |
| telefon/ telefony | 530 577 036 | |
| Data dodania do wykazu | 26.02.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 620** | od 29.03.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LECZNICA RODZINNA ALFA M. CIOSEK, J. CZARNECKA-MIELCZAREK S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRWINÓW, 05-840, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWA 8 | |
| telefon/ telefony: | 22 7295769 | |
| identyfikator REGON | 016259180 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LECZNICA RODZINNA ALFA S.C. BRWINÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRWINÓW, 05-840, | |
| telefon/ telefony | 22 7295769 | |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 621** | od 01.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ELŻBIETÓW TERESA KAWKA-URBANEK I ANNA KRAIŃSKA SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TERESIN, 96-516, ELŻBIETÓW 48 | |
| telefon/ telefony: | 601 264 293 | |
| identyfikator REGON | 388019007 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ELŻBIETÓW | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TERESIN, 96-516, ELŻBIETÓW 48 | |
| telefon/ telefony | 785 295 357 | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 622** | od 07.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINETY LEKARSKIE CENTRUM SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK, 05-400, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 3 | |
| telefon/ telefony: | 799119955 | |
| identyfikator REGON | 365725329 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA PRZY KOT CENTER - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK, 05-400, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 3 | |
| telefon/ telefony | 795 042 203 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 623** | od 07.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KLINIKA MEDYCZNA NA REYMONTA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN, 05-250, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 12/125 | |
| telefon/ telefony: | 511 982 136 | |
| identyfikator REGON | 36741692800010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE NA REYMONTA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN, 05-250, UL. WŁADYSŁAWA REYMONTA 12/125 | |
| telefon/ telefony | 511 982 136 | |
| Data dodania do wykazu | 07.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 624** | od 19.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PŁOŃSKU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK, 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7 | |
| telefon/ telefony: | 791 863 600 | |
| identyfikator REGON | 30870300057 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZ ZOZ W PŁOŃSKU | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOŃSK, 09-100, UL. SIENKIEWICZA 7 | |
| telefon/ telefony | 791 863 600 | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 625** | od 21.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MAŁGORZATA MIĘDLAR-DUBIELAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GĄBIN, 09-530, UL. WOJSKA POLSKIEGO 9C | |
| telefon/ telefony: | 731 288 238 | |
| identyfikator REGON | 121482809 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ W GĄBINIE - MPS DUBIELAK | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GĄBIN, 09-530, UL. JANA PAWŁA II 16 | |
| telefon/ telefony | 731 288 238 | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 626** | od 21.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VAXMED STELMASZEK PAWEŁ, JAKUB GRABSKI SPÓŁKA CYWILNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-993, UL. BRUZDOWA 100F/10 | |
| telefon/ telefony: | 501 835 672 | |
| identyfikator REGON | 388216140 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA W BRWINOWIE | 8 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRWINÓW, 05-840, UL. MOCZYDŁOWSKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 881 221 433 | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 627** | od 23.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYSZKOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW, 07-200, | |
| telefon/ telefony: | 29 743 76 00 | |
| identyfikator REGON | 00030872600034 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - WOSIR W WYSZKOWIE | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSZKÓW, 07-200, UL. GEODETÓW 45 | |
| telefon/ telefony | 29 74 000 40, 500 078 040 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 628** | od 23.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI "STOCER" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. WIERZEJEWSKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony: | 661 429 633 | |
| identyfikator REGON | 14201312000030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. WIERZEJEWSKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony | 603 777 678 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCzEPIEŃ - IZBA PRZYJĘĆ - UL. BARSKA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-315, UL. BARSKA 16/20 | |
| telefon/ telefony | 607 111 901 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 629** | od 23.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. W. ORŁOWSKIEGO CMPK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-416, UL. CZERNIAKOWSKA 231 | |
| telefon/ telefony: | 22 584 12 50 | |
| identyfikator REGON | 29088300023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-416, UL. CZERNIAKOWSKA 231 | |
| telefon/ telefony | 573 958 346 | |
| Data dodania do wykazu | 23.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 630** | od 28.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM KARDIOLOGII SP. Z O.O. W JÓZEFOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-410, UL. NADWIŚLAŃSKA 37 | |
| telefon/ telefony: | 22 780 08 49 | |
| identyfikator REGON | 01578575900032 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - CENTRUM KARDIOLOGII W JÓZEFOWIE | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JÓZEFÓW, 05-410, UL. NADWIŚLAŃSKA 37 | |
| telefon/ telefony | 22 780 08 49 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 631** | od 28.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-SZCZEPANIAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. DALEKA 32 | |
| telefon/ telefony: | 22 243 81 95 | |
| identyfikator REGON | 14094637800023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MCBK S.C. IWONA CZAJKOWSKA ANNA PODRAŻKA-SZCZEPANIAK | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. DALEKA 32 | |
| telefon/ telefony | 22 243 81 95 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 632** | od 28.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | N.Z.O.Z. MEDICUS IWONA KOŁODZIEJEK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBIENIE JEZIORY, 08-443, UL. WARSZAWSKA 19 | |
| telefon/ telefony: | 502-323-115 | |
| identyfikator REGON | 01730615400024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | N.Z.O.Z. Medicus | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBIENIE JEZIORY, 08-443, UL. WARSZAWSKA 19 | |
| telefon/ telefony | 502-323-115 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 633** | od 28.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE "ESCULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN, 08-400, UL. MICKIEWICZA 10/4 LU I 5 LU | |
| telefon/ telefony: | 660-524-357 | |
| identyfikator REGON | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - CENTRUM MEDYCZNE "ESCULAP" SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GARWOLIN, 08-400, UL. MICKIEWICZA 10/4 LU I 5 LU | |
| telefon/ telefony | 660-524-357 | |
| Data dodania do wykazu | 28.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 634** | od 29.04.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE RIEMER SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. GEN. J. SOWIŃSKIEGO 28 | |
| telefon/ telefony: | 502 486 185 | |
| identyfikator REGON | 1639207400030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MARECKI PUNKT SZCZEPIEŃ W CENTRUM HANDLOWYM M1 | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARKI, 05-270, UL. PIŁSUDSKIEGO 1 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 502 486 185 | 4 |
| Data dodania do wykazu | 29.04.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 635** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIONKACH IM LECHA I MARII KACZYŃSKICH - PARY PREZYDENCKIEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI, 26-670, UL. SIENKIEWICZA 29 | |
| telefon/ telefony: | 048 612 42 09 WEW.125 | |
| identyfikator REGON | 670140015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SPZOZ W PIONKACH | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI, 26-670, UL. SIENKIEWICZA 29 | |
| telefon/ telefony | 048 612 42 09 WEW.125 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 636** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIZJOMIX DOROTA NIEMIEC - JÓŹWICKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA, 08-440, UL. K.K. BACZYŃSKIEGO 7A | |
| telefon/ telefony: | 500 427 354 | |
| identyfikator REGON | 172544660 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NZOZ FIZJOMIX W PILAWIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILAWA, 08-440, UL. K.K. BACZYŃSKIEGO 7A | |
| telefon/ telefony | 500 427 354 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 637** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE AESKULAP PRYWANTY GABINET LEKARSKI ANTONI SOKALSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-610, UL.KRAKOWSKA 5/4 | |
| telefon/ telefony: | 609 251 061 | |
| identyfikator REGON | 67084435400025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE AESKULAP PRYWANTY GABINET LEKARSKI ANTONI SOKALSKI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-610, UL.KRAKOWSKA 5/4 | |
| telefon/ telefony | 609 251 061 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 638** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DANIELA SOBCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DAN-MED" | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOZIENICE, 26-900, UL. HAMERNICKA 13/4 | |
| telefon/ telefony: | 573 255 663, 48 623 19 80 | |
| identyfikator REGON | 14122136400030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W GŁOWACZOWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOWACZÓW, 26-903, UL. WARECKA 13 | |
| telefon/ telefony | 573 255 663, 48 623 19 80 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 639** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA PAWŁOWSKA PAWŁOWSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KSIĄŻENICE, 05-825, UL. MAZOWIECKA 136 A | |
| telefon/ telefony: | 22 728 62 26 | |
| identyfikator REGON | 1618633400025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA PAWŁOWSKA PAWŁOWSKI SPÓŁKA JAWNA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KSIĄŻENICE, 05-825, UL. MAZOWIECKA 136 A | |
| telefon/ telefony | 22 728 62 26 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 640** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDIC PARK SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-402, UL. KOLEGIALNA 18 | |
| telefon/ telefony: | 510 300 222 | |
| identyfikator REGON | 363016089 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDIC PARK SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-402, UL. KOLEGIALNA 18 | |
| telefon/ telefony | 510 300 222 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 641** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | RADOMEDICA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 39 | |
| telefon/ telefony: | 48 386 91 32 | |
| identyfikator REGON | '36331811700013 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | RADOMEDICA SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. OLSZTYŃSKA 39 | |
| telefon/ telefony | 48 386 91 32 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 642** | od 06.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA SŁUŻBY ZAGRANICZNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-580, AL. J.CH. SZUCHA 23 | |
| telefon/ telefony: | 22 523 92 30 | |
| identyfikator REGON | 146269795 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARSKA SŁUŻBY ZAGRANICZNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-580, AL. J.CH. SZUCHA 23 | |
| telefon/ telefony | 22 523 92 30 | |
| Data dodania do wykazu | 06.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 643** | od 07.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRZYMIŃSKI SZCZĘSNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁÓDŹ, 91-465, UL. ZGIERSKA 75/81/310 91-465 | |
| telefon/ telefony: | 501 669 020 | |
| identyfikator REGON | 38276788900018 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NOWE MIASTO NAD PILICĄ NOWOMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ, 26-640, UL. PLAC OJCA HONORATA KOŹMIŃSKIEGO 17 | |
| telefon/ telefony | 501 669 020 | |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.12.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - NOWE MIASTO NAD PILICĄ NOWOMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ, 26-420, UL. TOMASZOWSKA 40 | |
| telefon/ telefony | 501 669 020 | |
| Data dodania do wykazu | 13.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 644** | od 07.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ETET SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-867, AL. JANA PAWŁA II 27 | |
| telefon/ telefony: | 602 742 600 | |
| identyfikator REGON | 14734700800027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - GMINNY OŚRODEK KULTURY W WIĄZOWNIE | 6 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĄZOWNA, 05-432, UL. LUBELSKA 53 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 602 742 600 | 6 |
| Data dodania do wykazu | 07.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 645** | od 11.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BIOPROFIT SP. Z O.O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-210, AL. KRAKOWSKA 264 | |
| telefon/ telefony: | 795 408 068 | |
| identyfikator REGON | 142401163 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - PSP LESZNOWOLA - SUN LOGISTIC PARK | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARA IWICZNA, 05-506, UL. SŁONECZNA 116 A | |
| telefon/ telefony | 795 408 068 | |
| Data dodania do wykazu | 11.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 24.01.2022 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LF MEDICAL CLINIC | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-811, UL. MAKOLĄGWY 20 B | |
| telefon/ telefony | 795 408 068 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - GD POLAND INTERNATIONAL SP. Z O.O. | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | JABŁONOWO, 05-552, UL. NADRZECZNA 16/A-01/1 | |
| telefon/ telefony | 698 811 000 | |
| Data dodania do wykazu | 16.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH W BUDYNKU HANDLOWO-USŁUGOWYM W LESZNOWOLI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LESZNOWOLA, 05-506, UL. GMINNA 43 | |
| telefon/ telefony | 698 811 000 | |
| Data dodania do wykazu | 24.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 646** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FUNDACJA INSTYTUT PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-989, UL. ZAŚCIANKOWA 4 D | |
| telefon/ telefony: | 667 590 282 | |
| identyfikator REGON | 142040819 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCYNY ZAPOBIEGAWCZEJ I REHABILITCJI | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-776, UL. NUGAT 3 | |
| telefon/ telefony | 693 838 202 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 647** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, UL. STĘPIŃSKA 22/30 | |
| telefon/ telefony: | 573 012 809 | |
| identyfikator REGON | 00810521800028 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - SZYDŁOWIEC | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZYDŁOWIEC, 26-500, UL. WSCHODNIA 7 | |
| telefon/ telefony | 573 012 809 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 648** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OŚRODEK POMOCY ZDROWIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10 | |
| telefon/ telefony: | 794 692 702, 794 692 000 | |
| identyfikator REGON | 388590162 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | OŚRODEK POMOCY ZDROWIU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10 | |
| telefon/ telefony | 794692702/794692000 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 649** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JBM GRUPA MEDYCZNA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-972, UL. SARMACKA 10 C | |
| telefon/ telefony: | 22 526 13 20 | |
| identyfikator REGON | 142 630 018 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA WILANÓW | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-972, UL. SARMACKA 10 C | |
| telefon/ telefony | 22 526 13 23 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 650** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PANORAMA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN, 05-250, UL. STARY RYNEK 2 | |
| telefon/ telefony: | 666 810 815 | |
| identyfikator REGON | 360 369 841 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZYMIN, 05-250, UL. STARY RYNEK 2 | |
| telefon/ telefony | 666 810 815 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 651** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VALMED GRZEGORZ ADEREK ADAM MUSZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-383, UL. GRÓJECKA 126 | |
| telefon/ telefony: | 608 464 600 | |
| identyfikator REGON | 01734147500023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ CENTRUM PROFILAKTYKI I TERAPII | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-383, UL. GRÓJECKA 126 | |
| telefon/ telefony | 608 464 600 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 652** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WARSZAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-018, UL. NOWOGRODZKA 76 | |
| telefon/ telefony: | 22 628 41 17 | |
| identyfikator REGON | 14667932300027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WARSZAWSKIE CENTRUM ZDROWIA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-018, UL. NOWOGRODZKA 76 | |
| telefon/ telefony | 22 628 41 17 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 653** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CMD SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTRÓWEK, 05-254, UL. DĘBOWA 11 | |
| telefon/ telefony: | 574 137 303 | |
| identyfikator REGON | 38741472400016 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DĄBRÓWKA | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8D | |
| telefon/ telefony | 531 543 867 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 654** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SP. Z O.O. | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. GĄSIOROWSKIEGO 12/14 | |
| telefon/ telefony: | 22 703 06 00 | |
| identyfikator REGON | 01717336800139 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KONSTANCIN-JEZIORNA, 05-510, UL. GĄSIOROWSKIEGO 12/14 | |
| telefon/ telefony | 509 351 828 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 655** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAŁGORZATA IWANOWSKA 1) PRAKTYKA LEKARSKA 2)NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AS-MED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. POLNA 32 | |
| telefon/ telefony: | 25 632 44 75 | |
| identyfikator REGON | 710244215 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. JÓZEFA CHEŁMOŃSKIEGO 1 A | |
| telefon/ telefony | 25 758 27 74 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. SULIMÓW 26 | |
| telefon/ telefony | 25 632 44 75 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE, 08-110, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 11 | |
| telefon/ telefony | 25 632 44 75 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 656** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VOLTA MEDICA SP. Z O.O. SP. K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-511 UL. BELGIJSKA 11/8 | |
| telefon/ telefony: | 22 854 01 94 | |
| identyfikator REGON | 36107318900014 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-511 UL. BELGIJSKA 11/8 | |
| telefon/ telefony | 22 854 01 94 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-894, UL. ŻELAZNA 76 A | |
| telefon/ telefony | 22 654 02 33 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 657** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HANNA JACHACY PRZYCHODNIA MEDYK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ, 05-240, UL. PRZEMYSŁOWA 28 | |
| telefon/ telefony: | 538 420 126 | |
| identyfikator REGON | 36835356100015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA MEDYK | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ, 05-240, UL. PRZEMYSŁOWA 28 | |
| telefon/ telefony | 538 420 126 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 658** | od 14.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FIRMA DOBRZYŃSCY KONRAD DOBRZYŃSKI | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7 | |
| telefon/ telefony: | 508 584 789 | |
| identyfikator REGON | 361024558 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW MEDICAL | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7 | |
| telefon/ telefony | 508 584 789 | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 31.08.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 659** | od 19.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA W PRUSZKOWIE | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW, 05-800, UL. PARTYZANTÓW 2/4 | |
| telefon/ telefony: | 519 564 871; 697 066 985 | |
| identyfikator REGON | 68761700043 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - SZKOŁA PODSTAWOWA NR 10 W PRUSZKOWIE | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW, 05-800, UL. PŁYWACKA 16 | |
| telefon/ telefony | 519 564 871; 697 066 985 | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 660** | od 19.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-957, UL. SOBIESKIEGO 9 | |
| telefon/ telefony: | 22 458 28 00 | |
| identyfikator REGON | 000288509 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-957, UL. SOBIESKIEGO 9 | |
| telefon/ telefony | 22 458 28 00 | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 661** | od 19.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEAMED PRZYCHODNIA LEKARSKA BEATA BIELECKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KAROLINA, 05-300, UL. ŻWIROWA 113 | |
| telefon/ telefony: | 669 026 449 | |
| identyfikator REGON | 71025791000042 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA BEAMED | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOBRE, 05-307, UL. KILIŃSKIEGO 1 | |
| telefon/ telefony | 669 026 449 | |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA BEAMED - FILIA I MIŃSK MAZOWIECKI | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MIŃSK MAZOWIECKI, 05-300, UL. KAZIMIERZA SOSNKOWSKIEGO 28 | |
| telefon/ telefony | 798 799 524 | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 662** | od 19.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JADWIGA MAŁGORZATA BIELSKA INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW, 06-400, UL. SIERAKOWSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony: | 661 934 792 | |
| identyfikator REGON | 130017110 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | JADWIGA MAŁGORZATA BIELSKA INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW, 06-400, UL. SIERAKOWSKIEGO 4 | |
| telefon/ telefony | 661 934 792 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 663** | od 19.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ DEKAMED SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13 | |
| telefon/ telefony: | 48 345 97 96 | |
| identyfikator REGON | 67196310900020 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ DEKAMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13 | |
| telefon/ telefony | 48 345 97 96 | 4 |
| Data dodania do wykazu | 19.05.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 664** | od 26.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MATEUSZ ANYKIEL | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-013, UL. WILIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16/16 | |
| telefon/ telefony: | 791 280 019 | |
| identyfikator REGON | 38332174700027 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ANMED PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-972, HLONDA 1 | |
| telefon/ telefony | 791 280 019 | 5 |
| Data dodania do wykazu | 26.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 665** | od 26.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WIOLETTA ZAGÓRSKA - PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA; CENTRUM MEDYCZNE STARTMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI, 05-092, UL. PARTYZANTÓW 23 | |
| telefon/ telefony: | 571 550 950 | |
| identyfikator REGON | 05065990600024 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CM STARTMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMIANKI, 05-092, UL. PARTYZANTÓW 23 | |
| telefon/ telefony | 571 550 950 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 26.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 666** | od 26.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KOLMED KOMPLEKSOWA OBSŁUGA MEDYCZNA SP. Z O.O. SP. K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-749, BURSZTYNOWA 2C | |
| telefon/ telefony: | 607 190 888 | |
| identyfikator REGON | 01018257100026 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZNZOZ KOLMED KOMPLEKSOWA OBSŁUGA MEDYCZNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-749, BURSZTYNOWA 2C | 1 |
| telefon/ telefony | 607 190 888 | |
| Data dodania do wykazu | 26.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 667** | od 26.05.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE KASPRZAKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-211, UL. MARCINA KASPRZAKA 31/ U7 | |
| telefon/ telefony: | 727 500 085 | |
| identyfikator REGON | '38793179600014 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE KASPRZAKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-211, UL. MARCINA KASPRZAKA 31/ U7 | 3 |
| telefon/ telefony | 727 500 085 | |
| Data dodania do wykazu | 26.05.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 668** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MD CLINIC PRAGA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-505 ,<br>UL. ŚW. WINCENTEGO 14/U1 | |
| telefon/ telefony: | 22 688 77 95 | |
| identyfikator REGON | 367082858 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA MD | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-505 ,<br>UL. ŚW. WINCENTEGO 14/U1 | |
| telefon/ telefony | 22 688 77 95 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 669** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA"<br>IM. KRYSI ZAKURZONEJ SP ZOZ WARSZAWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-189, UL. INFLANCKA 6 | |
| telefon/ telefony: | 797-301-519 | |
| identyfikator REGON | 1300305000029 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SZPITAL SPECJALISTYCZNY "INFLANCKA" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-189, UL. INFLANCKA 6 | |
| telefon/ telefony | 797-301-519 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 670** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TWOJA OPIEKUNKA AGATA GOŁDOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-118,<br>UL. BATALIONU AK "PARASOL" 10/11 | |
| telefon/ telefony: | 794 444 213 | |
| identyfikator REGON | 140 721 366 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM HANDLOWE KING CROSS PRAGA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-190, UL. JUBILERSKA 1/3 | |
| telefon/ telefony | 794 444 213 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 671** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | U LEKARZY SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2C/H1 | |
| telefon/ telefony: | 516 270 999 | |
| identyfikator REGON | 38290757000016 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE U LEKARZY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2C/H1 | |
| telefon/ telefony | 516 270 999 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.11.2021 r. | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE U LEKARZY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-466, UL. BOLKOWSKA 2D/H2/H3 | |
| telefon/ telefony | 516 270 999 | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 672** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA<br>DAMIAN LECH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-187, UL. GŁĘBOCKA 3/3 | |
| telefon/ telefony: | 602-431-455 | |
| identyfikator REGON | 101303998 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRYWATNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 82 | |
| telefon/ telefony | 602-431-455 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 30.07.2021 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 673** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CT PIOTR PURCHAŁA | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-673, UL. KONSTRUKTORSKA 10A/181 | |
| telefon/ telefony: | 606 588 881 | |
| identyfikator REGON | 14637116300040 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INSKIN - PUNKT SZCZEPIEŃ | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-712, UL. SIERAKOWSKIEGO 4A LOK. U10 | |
| telefon/ telefony | 606 588 881 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 674** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INNOVA -MED S.A. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁÓDŹ, 90-365, UL. KS. BISKUPA WINCENTEGO TYMIENIECKIEGO 16 G/66 | |
| telefon/ telefony: | 881 157 772 | |
| identyfikator REGON | 38433687000014 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE INNOVA - MED KABATY | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-796, UL. KSAWERGO BRONIKOWSKIEGO 1/10A | |
| telefon/ telefony | 881 157 772 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 675** | od 11.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ, 05-240, UL.WARSZAWSKA 21 | |
| telefon/ telefony: | 510 456 443 | |
| identyfikator REGON | 38830686000010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TŁUSZCZ, 05-240, UL.WARSZAWSKA 21 | |
| telefon/ telefony | 510 456 443 | |
| Data dodania do wykazu | 11.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 676** | od 16.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE ESTE - MED MONIKA JANUSZKO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA, 05-532, UL. PIJARSKA 97 C | |
| telefon/ telefony: | 512 724 202 | |
| identyfikator REGON | 14660990800025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - HALA SPORTOWA W GÓRZE KALWARII | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GÓRA KALWARIA, 05-530, UL. DOMINIKAŃSKA 9 E | |
| telefon/ telefony | 512 724 202 | |
| Data dodania do wykazu | 16.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 677** | od 29.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BEATA KAMIŃSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁA WIEŚ, 09-460, NIŹDZIN 68 | |
| telefon/ telefony: | 737 327 261 | |
| identyfikator REGON | 38869512 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BEATA KAMIŃSKA - PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BODZANÓW, 09-470, JANA PAWŁA II 8 | |
| telefon/ telefony | 737 327 261 | |
| Data dodania do wykazu | 29.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 678** | od 29.06.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MML | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-112, UL. BAGNO 2 LOK. 3, WEJ. E | |
| telefon/ telefony: | 22 406 54 22 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 142232358 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE MML | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-112, UL. BAGNO 2 LOK. 3, WEJ. E | |
| telefon/ telefony | 22 406 54 22 | |
| Data dodania do wykazu | 29.06.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 679** | od 12.07.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PULS ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-793 , UL. BELGRADZKA 52/76 | |
| telefon/ telefony: | 795 100 117 | |
| identyfikator REGON | 368457160 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LECZNICA PULS ZDROWIA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-793 , UL. BELGRADZKA 52/76 | |
| telefon/ telefony | 795 100 117 | |
| Data dodania do wykazu | 12.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.03.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 680** | od 15.07.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VENAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-593 , UL. SIERPECKA 6 | |
| telefon/ telefony: | 501 514 056 | |
| identyfikator REGON | 385514500 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE VENAMED | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-593 , UL. SIERPECKA 6 | |
| telefon/ telefony | 501 514 056 | |
| Data dodania do wykazu | 15.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 681** | od 15.07.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA "ŻYCIE" S.C. ZBIGNIEW ZBONIKOWSKI, BEATA ZBONIKOWSKA, EWELINA ZBONIKOWSKA, MONIKA LESZKO | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. TARGOWA 8 | |
| telefon/ telefony: | 728 304 474 | |
| identyfikator REGON | 14613458100021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA ŻYCIE S.C. | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY DWÓR MAZOWIECKI, 05-100, UL. TARGOWA 8 | |
| telefon/ telefony | 728 304 474 | |
| Data dodania do wykazu | 15.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 682** | od 31.07.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICUS DAMIAN LECH | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-187, UL. GŁĘBOCKA 3/3 | |
| telefon/ telefony: | 602-431-455 | |
| identyfikator REGON | 101303998 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDICUS PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 82 | |
| telefon/ telefony | 602-431-455 | |
| Data dodania do wykazu | 31.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | OD DNIA 07.02.2022 r. DO ODWOŁANIA CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDICUS PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 03-565, UL. BORZYMOWSKA 43 lok.7 | |
| telefon/ telefony | 793-429-421 | |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 r. | |

| | | |
|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 683** | od 30.07.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FALCK MEDYCYNA SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-102, UL. JANA OLBRACHTA 94 | |
| telefon/ telefony: | 510-202-362 | |
| identyfikator REGON | 1575574100115 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE DĄBRÓWKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8 D | |
| telefon/ telefony | 510-202-362 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 30.07.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 684** | od 10.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LUX-MEDICA SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-400 UL. ZGLICZYŃSKIEGO 6/1 | |
| telefon/ telefony: | 24 366 03 20 | |
| identyfikator REGON | 14278320700023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LUX MEDICA SPÓŁKA Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-400 UL. ZGLICZYŃSKIEGO 6/1 | |
| telefon/ telefony | 24 366 03 20 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 10.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 685** | od 13.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDICUS RODZINNE CENTRUM ZDROWIA WIOLETA WOJCIECHOWSKA-ZYSK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSE, 07-437, UL. ADAMA CHĘTNIKA 2 B | |
| telefon/ telefony: | 297725416 | |
| identyfikator REGON | 146384846 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ MEDICUS | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁYSE, 07-437, UL. ADAMA CHĘTNIKA 2 B | |
| telefon/ telefony | 297725416 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 686** | od 13.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ALEKSANDRA SAMBORSKA POWERMEDIGOLD | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-337, UL. OBAROWSKA 21/29 | |
| telefon/ telefony: | 603111877 | |
| identyfikator REGON | 146532710 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | POWER MEDIGOLD - PUNKT SZCZEPIEŃ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-337, UL. OBAROWSKA 21/29 | |
| telefon/ telefony | 603111877 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 13.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 687** | od 24.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VIT-HOUSE.PL SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-013 , UL. WILLIAMA HEERLEINA LINDLEYA 16 | |
| telefon/ telefony: | 516516133 | |
| identyfikator REGON | 38930312400010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VIT-HOUSE.PL | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-116, UL. SĄCHOCKA 7 | |
| telefon/ telefony | 516516133 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 688** | od 24.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TWÓJ LEKARZ W WARSZAWIE SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-214 , UL. FRANCISZKAŃSKA 14 lokal 105 | |
| telefon/ telefony: | +48 22 8315155, + 48 600232284 | |
| identyfikator REGON | 385173015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | TWÓJ LEKARZ W WARSZAWIE | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-214 , UL. FRANCISZKAŃSKA 14 lokal 105 | 1 |
| telefon/ telefony | +48 22 8315155, + 48 600232284 | |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 689** | od 24.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA MARCIN BURGHARD | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-030, UL. KINOWA 25 | |
| telefon/ telefony: | 533701017 | |
| identyfikator REGON | 361917871 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCYNY RODZINNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA, 07-410, UL. 11 LISTOPADA 37 | |
| telefon/ telefony | 533701017 | |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 690** | od 24.08.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PRZYCHODNIA MARYNIN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARYNIN, 05-825, UL. MAZOWIECKA 73/4 | |
| telefon/ telefony: | 573914950 | |
| identyfikator REGON | 38383616700010 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PRZYCHODNIA MARYNIN PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MARYNIN, 05-825, UL. MAZOWIECKA 73/4 | |
| telefon/ telefony | 573914950 | |
| Data dodania do wykazu | 24.08.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 691** | od 01.09.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FIRMA DOBRZYŃSCY MACIEJ DOBRZYŃSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7 | |
| telefon/ telefony: | 508 584 789 | |
| identyfikator REGON | 6705912400038 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA LEKARZY SPECJALISTÓW MEDICAL | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARKA, 05-660, UL. WYSOCKIEGO 7 | |
| telefon/ telefony | 508 584 789 | |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 692** | od 09.09.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE JOANNA WÓJCIK IZABELA BLIMEL S.C. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-048, UL. KOMPASOWA 3/1 | |
| telefon/ telefony: | 535 209 500 | |
| identyfikator REGON | 389683776 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | WAWAMED CENTRUM MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE JOANNA WÓJCIK IZABELA BLIMEL S.C. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-326, ALEJE JEROZOLIMSKIE 148 | |
| telefon/ telefony | 535 209 500 | |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 693** | od 02.02.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROFIL-MED" SP. Z O.O., | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC, 09-200 , UL. LIPOWA 5 | |
| telefon/ telefony: | 24 275 27 41 | |
| identyfikator REGON | 611039727 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - "PROFIL-MED" | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIERPC, 09-200, UL. PIASTOWSKA 30 | |
| telefon/ telefony | 24 275 27 41 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 694** | od 23.09.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |

| | | |
|---|---|---|
| nazwa: | HOLISTIC PHYSIO CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA ,02-661 , UL. WITA STWOSZA 20 | |
| telefon/ telefony: | 577 720 297 | |
| identyfikator REGON | 38046045400011 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | HOLISTIC PHYSIO CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-193, UL. STAWKI 4B/3 | |
| telefon/ telefony | 577 720 297 | |
| Data dodania do wykazu | 23.09.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 695** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO LEK.MED. BOGUMIŁA CZAPLICKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY LUBIEL, 07-207, NOWY LUBIEL 24B | |
| telefon/ telefony: | 609 552 869 | |
| identyfikator REGON | 55039178200021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWY LUBIEL, 07-207, NOWY LUBIEL 24B | |
| telefon/ telefony | 609 552 869 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 696** | od 12.10.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SZPITAL GROCHOWSKI IM. DR MED. RAFAŁA MASZTAKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-073, UL. GRENADIERÓW 51/59 | |
| telefon/ telefony: | 22 51 52 716 | |
| identyfikator REGON | 00215398900000 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 04-073, UL. GRENADIERÓW 51/59 | |
| telefon/ telefony | 539 991 232 | |
| Data dodania do wykazu | 12.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 697** | od 31.12.2020 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO, 27-300, UL. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony: | 664 271 679 | |
| identyfikator REGON | 670997773 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPSKO, 27-300, UL. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO 2 | |
| telefon/ telefony | 664 271 679 | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 698** | od 18.10.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PROFIL-TECH RAFAŁ STYPIK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 06-400, CIECHANÓW, UL. ROMANA KONWERSKIEGO 10 | |
| telefon/ telefony: | 22 416 85 85 | |
| identyfikator REGON | 13045519700033 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PROFIL-MED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-248, UL. JANA KAZIMIERZA 25B, | |
| telefon/ telefony | 22 416 85 85 | |
| Data dodania do wykazu | 18.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 699** | od 18.10.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | AGNIESZKA SUSKA-SZAŁKOWSKA NZOZ ESTEDENT | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 06-230 RÓŻAN, UL. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony: | 504 708 995 | |

| | | |
|---|---|---|
| identyfikator REGON | 55075740900072 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ ESTEDENT | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 06-230 RÓŻAN, UL. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 6 | |
| telefon/ telefony | 504 708 995 | |
| Data dodania do wykazu | 18.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 700** | od 08.11.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HIPOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17 | |
| telefon/ telefony: | 602 583 074 | |
| identyfikator REGON | 38894019400014 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE HIPOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17 | |
| telefon/ telefony | 602 583 074 | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 701** | 18.10.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZ GABINET SPÓŁKA KOMANDYTOWA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 50-456, UL. DWORCOWA 11B | |
| telefon/ telefony: | 693 424 008 | |
| identyfikator REGON | 389981373 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 8 | |
| telefon/ telefony | 508 777 223 | |
| Data dodania do wykazu | 18.10.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 702** | od 01.10.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM ZDROWIA URSYNÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11 | |
| telefon/ telefony: | 22 544 26 25 | |
| identyfikator REGON | 386932641 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-776, UL. INDIRY GANDHI 11 | |
| telefon/ telefony | 22 544 26 00 | |
| Data dodania do wykazu | 01.10.2011 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 703** | od 02.11.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | FANTOMAN CARE ŁUKASZ BIŃKOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WICHROWICE, 87-850, WICHROWICE 1 | |
| telefon/ telefony: | 721 999 887 | |
| identyfikator REGON | 10162041100025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ GALERIA WISŁA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-410, UL. WYSZOGRODZKA 144 | |
| telefon/ telefony | 721 999 887 | |
| Data dodania do wykazu | 02.11.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | OD DNIA 01.03.2022 r. DO ODWOŁANIA CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 704** | od 01.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | STREFA PACJENTA SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |
| telefon/ telefony: | 507 414 232 | |
| identyfikator REGON | 381560005 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA STREFA PACJENTA SP. O.O. | 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 507 414 232 | 2 |
| Data dodania do wykazu | 01.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 705** | od 08.11.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LIFE- BEAUTY SPÓŁKA CYWILNA , R.K.MLOSEK, S.MALINOWSKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRODZISK MAZOWIECKI, 05-825, UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 29 | |
| telefon/ telefony: | 536 050 909 | |
| identyfikator REGON | 141104090 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | LECZNICA LIFE-MED BIS | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻYRARDÓW, 96-300, UL. FILIPA DE GIRARDA 17 | |
| telefon/ telefony | 536 050 909 | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 706** | od 08.11.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARIPOSA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 94-104 ŁÓDŹ, UL. OBYWATELSKA 106B/40 | |
| telefon/ telefony: | 510 519 303 | |
| identyfikator REGON | 38842185000011 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MARIPOSA MEDICA ODDZIAŁ ZĄBKI | 5 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĄBKI, 05-091, RÓŻANA 11 LOK 7 | |
| telefon/ telefony | 510 519 303 | |
| Data dodania do wykazu | 08.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 707** | od 22.11.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EWA KOMOROWSKA-MAJCHRZAK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 09-100, PŁOŃSK, UL. WSPÓLNA 5 | |
| telefon/ telefony: | 795 888 208 | |
| identyfikator REGON | 130080053 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Z CENTRUM GINEKOLOGICZNO – STOMATOLOGICZNE ELA_ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 09-100, PŁOŃSK, UL. WSPÓLNA 5 | |
| telefon/ telefony | 795 888 208 | |
| Data dodania do wykazu | 22.11.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 708** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ARNICA ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CIECHANÓW 06-400, UL. ARMII KRAJOWEJ 18A | |
| telefon/ telefony: | 882 495 910 | |
| identyfikator REGON | 142062258 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRALNY PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 00-024, WARSZAWA, UL. ALEJE JEROZOLIMSKIE 54 | |
| telefon/ telefony | 882 495 910 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | OD DNIA 10.03.2022 r. DO ODWOŁANIA CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 709** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAWAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-108 , UL. JANA OLBRACHTA 19/38 | |
| telefon/ telefony: | 578 545 452 | |
| identyfikator REGON | 38233834900015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W MAŁKINI GÓRNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MAŁKINIA GÓRNA, 07-320, UL. LEŚNA 17 | |
| telefon/ telefony | 578 545 452 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 710** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARIA ZWOLSKA-MACIEJAK NZOZ NOVAMED | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBRÓWKA-ŁUG, 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 60A | |
| telefon/ telefony: | 509 766 432 | |
| identyfikator REGON | 710425566 | |

| | | |
|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ W MAŁKINI GÓRNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBRÓWKA-ŁUG, 08-114, UL. GARWOLIŃSKA 60A | |
| telefon/ telefony | 509766432, 256311092 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 711** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DOKDOK SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW, 50-541, ARMII KRAJOWEJ 46AD | |
| telefon/ telefony: | 506 973 850 | |
| identyfikator REGON | 38678747500017 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DOKDOK SP. Z O.O. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 02-676, POSTĘPU 15C | |
| telefon/ telefony | 506 973 850 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 712** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WARSZAWSKI SZPITAL DLA DZIECI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-328, UL. KOPERNIKA 43 | |
| telefon/ telefony: | 22 830 53 00 | |
| identyfikator REGON | 000297520 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-328, UL. KOPERNIKA 43 | |
| telefon/ telefony: | 22 830 53 33 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 713** | od 23.12.2021 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "ŻBIKÓW" SP Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL. 3-MAJA 56 | |
| telefon/ telefony: | 22 758 64 28 | |
| identyfikator REGON | 01611796500025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ "ŻBIKÓW" | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW 05-800, UL. 3-MAJA 56 | |
| telefon/ telefony: | 22 758 64 28 | |
| Data dodania do wykazu | 23.12.2021 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 714** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAX-MED Piotr Panek | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SŁUPNO, 09-472, UL. SASANKI 12 | |
| telefon/ telefony: | 536 040 149 | |
| identyfikator REGON | 142667926 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VITA MEDICA PUNKT SZCZEPIEŃ W GALERII HANDLOWEJ MAZOVIA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-410, UL. WYSZOGRODZKA 127 | |
| telefon/ telefony: | 666 999 159 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 715** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PCS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁADY, 05-090, UL. DŁUGA 34 | |
| telefon/ telefony: | 606 360 752 | |
| identyfikator REGON | 386932032 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PCS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁADY, 05-090, UL. DŁUGA 34 | |
| telefon/ telefony: | 733 766 510 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 716** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRYWATNA PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA CAVIDENT S.C. | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 176 | |
| telefon/ telefony: | 22 665 35 02 | |
| identyfikator REGON | 140604689 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRYWATNA PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA CAVIDENT S.C. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-460, UL. GÓRCZEWSKA 176 | |
| telefon/ telefony: | 513 073 113 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 717** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI, 26-670, UL. BIAŁA 2 | |
| telefon/ telefony: | 510 898 355 | |
| identyfikator REGON | 389684681 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PIONKI, 26-670, UL. RADOMSKA 2 | |
| telefon/ telefony: | 510 898 355 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 718** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KATARZYNA DOROTA PIETUCH LEKARZ KA-MEDICA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRUSZKÓW, 05-800, UL. MIERNICZA 37/2 | |
| telefon/ telefony: | 795099991 | |
| identyfikator REGON | 141432687 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KA-MEDICA | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 01-756, HÜBNERA 2/ LOK. U6 | |
| telefon/ telefony: | 517 285 454 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 719** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINTER - LEKARZE SPECJALIŚCI ROWICCY SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO, 05-120, UL. KRASIŃSKIEGO 64 | |
| telefon/ telefony: | 608 525 319 | |
| identyfikator REGON | 388692589 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINTER - LEKARZE SPECJALIŚCI ROWICCY SPÓŁKA JAWNA | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEGIONOWO, 05-120, UL. KRASIŃSKIEGO 64 | |
| telefon/ telefony: | 22 774 09 66 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 720** | od 27.01.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ SALUS SP. Z O. O., S.K. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-408, UL. ZAPŁOTEK 30 | |
| telefon/ telefony: | 24 264 84 90 | |
| identyfikator REGON | 611052001 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ SALUS SP. Z O. O., S.K. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK, 09-408, UL. ZAPŁOTEK 30 | |
| telefon/ telefony: | 24 264 84 90 | |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 721** | od 01.02.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BORAMED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZILANOŚCIĄ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-982, UL. GEN. TADEUSZA BORA-KOMOROWSKIEGO 37/210 | |
| telefon/ telefony: | 22 535 36 00 | |
| identyfikator REGON | 14747623700036 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | BORAMED KEN | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-787, UL. BELI BARTOKA 8/U/A | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony | 22 535 36 00 | 1 |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 722** | od 14.02.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JAROSŁAW MICHALIK | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBOLEW 08-460, UL. LIPOWA 15 | |
| telefon/ telefony: | 25 682 50 29 | |
| identyfikator REGON | 71049857100021 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | JAROSŁAW MICHALIK - NZOZ CENTRUM W SOBOLEWIE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOBOLEW 08-460, UL. LIPOWA 15 | |
| telefon/ telefony | 608 722 140 | |
| Data dodania do wykazu | 14.02.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 723** | od 18.02.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE NORD CLINIC; KLINIKA BIAŁY KAMIEŃ NORBERT GIERMAKOWSKI | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-593, UL. BIAŁY KAMIEŃ 3 | |
| telefon/ telefony: | 22 126 02 48 | |
| identyfikator REGON | 67290296600037 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KLINIKA BIAŁY KAMIEŃ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NOWE MIASTO NAD PILICĄ 26-420, UL. WCZASOWA 8 | |
| telefon/ telefony | 22 602 02 23 | |
| Data dodania do wykazu | 18.02.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 724** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GABINETY KRASIŃSKIEGO SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755 , UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 61/46 | |
| telefon/ telefony: | 518 663 814 | |
| identyfikator REGON | 368304054 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINETY KRASIŃSKIEGO | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 01-755 , UL. ZYGMUNTA KRASIŃSKIEGO 61/46 | |
| telefon/ telefony | 518 663 814 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 725** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAKHARCHUK MYKOLA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-376 ,UL. LUDWIKA MICHAŁA PACA 48 LOK. U-1 | |
| telefon/ telefony: | 799 830 532 | |
| identyfikator REGON | 14206285000080 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MYDYCYNY SAUDE | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 04-376 ,UL. LUDWIKA MICHAŁA PACA 48 LOK. U-1 | |
| telefon/ telefony | 799 830 532 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 726** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PULMO SP. Z O. O | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 03-287, UL. SKARBKA Z GÓR 120/10 | |
| telefon/ telefony: | 501 783 990 | |
| identyfikator REGON | 14734410000025 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OŚRODEK STACJONARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ PULMO | 4 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WOŁOMIN 05-200, UL. GŁOWACKIEGO 12 | |
| telefon/ telefony | 501 783 990 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 727** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PULMO SP. Z O. O | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CITYMED IZIU SP. Z O. O., WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18 | |
| telefon/ telefony: | 22 651 66 86 | |
| identyfikator REGON | 520156857 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CITYMED "CENTRUM ZDROWIA I URODY" | 3 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18 | |
| telefon/ telefony | 22 651 66 86 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 728** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MK MACIEJ KONIECZNY | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-695, UL. ORZYCKA 8/100 | |
| telefon/ telefony: | 507 498 647 | |
| identyfikator REGON | 36431522700015 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KABATY-MED | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-886, UL. RYBAŁTÓW 23 | |
| telefon/ telefony | 507 498 647 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 729** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HEALTH&MORE SP. Z O. O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, ADAMA BRANICKIEGO 12/U1 | |
| telefon/ telefony: | 501 242 124 | |
| identyfikator REGON | 38092895700018 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VIA MEDICAL | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-972, ADAMA BRANICKIEGO 12/U1 | |
| telefon/ telefony | 501 242 124 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 730** | od 01.03.2022 r. | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BONIFRATERSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW 50-417,TRAUGUTTA 57/59 | |
| telefon/ telefony: | 22 390 33 00 | |
| identyfikator REGON | 521336320 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-215, UL. SAPIEŻYŃSKA 3 | |
| telefon/ telefony | 22 390 33 00 | |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 r. | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |