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	23.08.2022 r.	
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		
Miejsce udzielania świadczeń 9		**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	23.08.2022 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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 05-152, CZĄSTKÓW MAZOWIECKI 118	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. 3 MAJA 57	5
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-401, AL. SOLIDARNOŚCI 67	
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	23.05.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 3		**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	23.08.2022 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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRÓJEC 05-600, UL. PIOTRA SKARGI 10	**2**

telefon/ telefony:	48 664 91 00	2
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		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-401, UL. GÓRCZEWSKA 89	
telefon/ telefony:	668 489 677	
Data dodania do wykazu	01.04.2022 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	WARSZAWA 00-127, UL. ŚLISKA 5	
telefon/ telefony:	22 316 38 24	
Data dodania do wykazu	01.04.2022 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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-826, UL. KLECZEWSKA 41/1	

telefon/ telefony	22 639 80 89	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN JEZIORNA, 05-510, UL. KAZIMIERZA PUŁASKIEGO 20 B	1
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	3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARKA 05-660, UL. WYSOCKIEGO 12	
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	
Data wykreślenia z wykazu	14.04.2022 r.	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LESZNO 05-084, UL. BŁOŃSKA 62	
telefon/ telefony	22 725 65 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	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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-674, UL. MARYNARSKA 13	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHORZELE 06-330, UL. GRUNWALDZKA 50	1
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKOŁÓW PODLASKI 08-300, UL. WĘGROWSKA 5A	
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		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ W SIEDLCACH, ANNA POŻAROWSZCZYK-OSIK; NZOZ "EWITA"	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEDLCE 08-110, UL. NOWY ŚWIAT 11 LOK. 165/166	
telefon/ telefony	25 308 17 77	
Data dodania do wykazu	25.08.2022 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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRĘBKÓW 07-110, UL. LIPOWA 6	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA 07-410, UL. PRĄDZYŃSKIEGO 4	

telefon/ telefony	720 833 533	1
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. JANA I ANTONIEGO BRODECKICH 7 (DO DNIA 12.05.2022 R. UL. ODRODZENIA 7)	
telefon/ telefony	22 749 10 50	
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MNISZEW 26-910, MNISZEW 18	
telefon/ telefony	48 621 90 57	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOLE 96-314,GOLE 50	
telefon/ telefony	46 856 07 26	
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	GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. ŻYDOWSKA 17/2	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE BABICE 05-082, UL. RYNEK 21	
telefon/ telefony	22 722 90 02	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOROWIE 08-412, UL. GARWOLIŃSKA 9	
telefon/ telefony	25 685 90 29	

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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĄBKI 05-091, UL. KS. IGNACEGO SKORUPKI 71	
telefon/ telefony	22 781 58 42	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 00-412, UL. LEONA KRUCZKOWSKIEGO 6/U4	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OLSZANKA 08-207, OLSZANKA 30A	
telefon/ telefony	833 131 831	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LEONCIN 05-155, UL. PARTYZANTÓW 3	
telefon/ telefony	22 785 65 12	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA 07-410, UL.PILECKIEGO 14	
telefon/ telefony	29 766 89 53	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMIANKI 05-092, UL. WIŚLANA 36	
telefon/ telefony	533 702 703	
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 PĄŃSTWA 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 PĄŃSTWA 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	15.08.2022 r.	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-717, UL. KS.IGNACEGO KŁOPOTOWSKIEGO 22	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307	
telefon/ telefony	22 417 01 00	
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu	31.05.2022 r.	
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)	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-797, UL. KLIMCZAKA 1	

telefon/ telefony	500 900 530	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 03-840, UL. GROCHOWSKA 306/308	
telefon/ telefony	500 900 530	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-675, UL. WOŁOSKA 22	
telefon/ telefony	500 900 530	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-819, UL. PUŁAWSKA 278	
telefon/ telefony	500 900 530	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 00-807, AL. JEROZOLIMSKIE 96	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI 05-825, UL. BLISKA 14	
telefon/ telefony	581 591 346	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRASNOSIELC 06-212,UL. MOSTOWA 11	
telefon/ telefony	29 717 56 44	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRZASNYSZ 06-300, UL. RYCERSKA 3	
telefon/ telefony	29 752 30 26	1

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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BELSK DUŻY 05-622, UL. SZKOLNA 4	
telefon/ telefony	48 661 12 69	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IZABELIN 05-080, UL. KOSCIUSZKI 41	
telefon/ telefony	22 722 62 46	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JASIENIEC 05-604, UL. CZERSKA 5	
telefon/ telefony	48 661 35 82	
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	GOŚNIEWICE 05-604, GOŚNIEWICE 45	
telefon/ telefony	48 661 35 26	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LESZNOWOLA 05-600, LESZNOWOLA 6	
telefon/ telefony	48 664 50 91	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIENNO 27-350, UL. CZACHOWSKIEGO 4	
telefon/ telefony	48 312 13 60	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO 05-500, UL. PUŁAWSKA 49	
telefon/ telefony	22 737 50 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	WARSZAWA 03-287, UL. BERENSONA 11	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
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 02-390, UL. GRÓJECKA 132	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
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 01-737, UL. ELBLĄSKA 14	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
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	WARSZAWA 00-020, UL. CHMIELNA 14	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
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 00-123, UL.MARIAŃSKA 1	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
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	ŁOMIANKI 05-092, UL.WARSZAWSKA 55	
telefon/ telefony	22 737 50 50	
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 8		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFOSŁAW 05-500, UL. OGRODOWA 20C	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĘBE WIELKIE 05-311, UL. SZKOLNA 40	
telefon/ telefony	728 378 544	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK 09-402, UL. DWORCOWA 2	
telefon/ telefony	24 262 06 98/601 180 433	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MICHAŁOWICE 05-816, UL. LUDOWA 7	
telefon/ telefony	22 723 83 06	
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 02-884, UL. PUŁAWSKA 488 (DO DNIA 31.05.2022 r. WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4)	
telefon/ telefony:	608 006 109	
identyfikator REGON	141454750	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-677, UL. WYNALAZEK 4	
telefon/ telefony	608 006 106/608 006 108	
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu	31.05.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	WARSAW MEDICAL CENTER, WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O. O.	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-884, UL. PUŁAWSKA 488	
telefon/ telefony	608 006 109	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 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	5
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 00-643, UL. NOWOWIEJSKA 5	
telefon/ telefony	662 097 317	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-018, UL. WOLNOŚĆ 2	
telefon/ telefony	573 010 100	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM 26-600, UL. PADEREWSKIEGO 6	
telefon/ telefony	48 364 63 71	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIENIAWA 26-432, UL. KOCHANOWSKIEGO 86	
telefon/ telefony	48 673 00 09	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 00-720, UL. CZERNIAKOWSKA 131/2	
telefon/ telefony	22 841 05 11	
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 00-454, UL. MIKKEGO 4	
telefon/ telefony	22 627 11 01	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁOBRZEGI 26-800, UL. SPACEROWA 29	
telefon/ telefony	883 623 370	
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	22.08.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ SERDUCHO SP. Z O.O. W OSTROWI	3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTRÓW MAZOWIECKA 07-300, UL. ONUFREGO ZAGŁOBY	
telefon/ telefony	29 766 61 73	
Data dodania do wykazu	22.08.2022 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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166	

telefon/ telefony	22 740 20 20	1
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		
Miejsce udzielania świadczeń 9		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ COVID	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-545, UL. TYKOCIŃSKA 34	
telefon/ telefony	22 518 26 70	
Data dodania do wykazu	10.08.2022 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:	786 821 688	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK 09-401, UL. OSIEDLOWA 1	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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK 09-408, UL. BOROWICKA 3B	
telefon/ telefony	24 264 83 64	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-123, UL. ELEKCYJNA 54	
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	30
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFKÓW 09-500, JÓZEFKÓW 19B	

telefon/ telefony	24 235 18 15	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. POCZTOWA 6	
telefon/ telefony	22 756 43 09	
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. 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.	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM 26-600, UL. KLONOWICA 10/12	
telefon/ telefony	48 331 06 18	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-797, AL. KEN 36/U-133	
telefon/ telefony	22 101 07 05	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 04-294, UL. KWATERY GŁÓWNEJ 46/U1	
telefon/ telefony	22 414 14 80	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRZÓZA 26-903, UL. RADOMSKA 1	
telefon/ telefony	48 623 01 30	
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	1
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	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JASTRZĄB 26-502, UL. ZIELONA 68	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JADÓW 05-280, UL. KOŚCIUSZKI 2	
telefon/ telefony	25 675 47 50	2
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUBOWIDZ 09-304, UL. PODŚWIĘTNA 12	
telefon/ telefony	23 658 20 76	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRUDZEŃ DUŻY 09-414, UL. JANA PAWŁA II 2	
telefon/ telefony	24 260 40 21	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOGIELNICA 05-640, UL. DZIARNOWSKA 40	
telefon/ telefony	48 663 50 11	1
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)	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BROCHÓW 05-088, BROCHÓW 124	
telefon/ telefony	22 725 70 52	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOCZEWKA 09-506, UL. SPACEROWA 3	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MORDY 08-140,UL. 11 LISTOPADA 28/30	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OWCZARNIA 05-807, UL. KAZIMIERZOWSKA 33D	

telefon/ telefony	22 729 15 01/22 720 65 71	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA 07-410, UL. JANUSZA KORCZAKA 4	

telefon/ telefony	504 641 776	1
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu	08.11.2021 r.	
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	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA,02-797, UL. KLIMCZAKA 4	
telefon/ telefony	530 438 489, call center 226996099	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48	
telefon/ telefony:	48 360 60 68	
identyfikator REGON	670756584	

Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM 26-600, UL. CHROBREGO 48	
telefon/ telefony	48 360 60 68	
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	3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK 09-409, UL. HUBALCZYKÓW 11	
telefon/ telefony	24 266 90 70	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWA WOLA 05-506, UL. POSTĘPU 7	
telefon/ telefony	787 033 133	
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	1
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	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 05-077, UL. CIEPLARNIANA 25D	
telefon/ telefony	790 302 090	
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	1
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	
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	1
telefon/ telefony	22 515 44 15	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĄBKI 05-091, UL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 1	
telefon/ telefony	22 781 60 16/607 84 200	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LASKI 05-080, UL. BRZOZOWA 75	
telefon/ telefony	22 752 32 74	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-495, UL. RYŻOWA 44	
telefon/ telefony	883 423 134	
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)	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-957, UL. JANA III SOBIESKIEGO 18	
telefon/ telefony	22 120 20 03 WEW. 15	
Data dodania do wykazu	31.12.2020 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA CITYMED -FILIA	3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, ALEJA RZECZYPOSPOLITEJ 18/163/B	
telefon/ telefony	22 742 16 53	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-495, UL. WIOSNY LUDÓW 69	
telefon/ telefony	735 008 497	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-652, UL. SAMOCHODOWA 5	
telefon/ telefony	22 585 62 29	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	EMÓW 05-462, UL. NADWIŚLAŃCZYKÓW 2	
telefon/ telefony	22 585 62 29	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GARWOLIN 08-400, UL. KUŚNIERSKA 2	
telefon/ telefony	25 682 03 31	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO 05-500, UL. FABRYCZNA 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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIASECZNO 05-502, UL. SKRZETUSKIEGO 17	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZALESIE GÓRNE 05-540,UL. ZŁOTEJ JESIENI 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		
Miejsce udzielania świadczeń 7		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ NZOZ PORADNIA „MEDICUS" KRZYNOWŁOGA MAŁA	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZYNOWŁOGA MAŁA, 06-316, UL. PRZASNYSKA 6	
telefon/ telefony	570 220 544	
Data dodania do wykazu	18.08.2022 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	1
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	
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	01.03.2022 r.	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-493, UL. WROCŁAWSKA 19	
telefon/ telefony	22 167 22 02	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROSZOWICE, 26-630, GROSZOWICE	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LELIS 07-402, UL. SZKOLNA 47	

telefon/ telefony	29 761 10 80	1
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	31.03.2022 r.	
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	31.03.2022 r.	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	POKRZYWNICA 06-121,UL. PRZEMYSŁOWA 1	

telefon/ telefony	23 691 87 80	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-342, UL. GRÓJECKA 186	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-091, UL. ŻWIRKI I WIGURY 39	
telefon/ telefony	22 33 22 849	
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	18.08.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO ARTUR PŁÓCIENNIK W CZERWINIE	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERWIN 07-407, UL. PIASTOWSKA 19B	
telefon/ telefony	29 761 49 80	
Data dodania do wykazu	18.08.2022 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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-222, AL. JEROZOLIMSKIE 179	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, AL. RZECZYPOSPOLITEJ 14	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK 09-411, UL. CHEMIKÓW 7	

telefon/ telefony	24 365 09 25	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	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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZARĘBY KOŚCIELNE 07-323, UL. KOWALSKA 16A	
telefon/ telefony	862 706 019	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOMOROWO 07-310, UL. MAZOWIECKA 90	
telefon/ telefony	29 644 41 70	
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	JELONKI 07-310, JELONKI 27	
telefon/ telefony	29 746 12 95	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-845, PUŁAWSKA 410A	
telefon/ telefony	22 646 18 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	WARSZAWA 00-105, UL. TWARDA 18	
telefon/ telefony	22 202 68 68	
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 03-733, UL. TARGOWA 24	
telefon/ telefony	22 100 63 78	
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	02-675 WARSZAWA, UL. WOŁOSKA 16	
telefon/ telefony	22 278 71 20	
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	WARSZAWA 00-844, UL. GRZYBOWSKA 61	
telefon/ telefony	22 417 43 00	
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 JAWNA	
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	
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	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	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	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	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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SŁUBICE 09-533, UL. PŁOCKA 46	
telefon/ telefony	24 277 80 37	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NUR 07-322, UL. DROHICZYŃSKA 8	
telefon/ telefony	862 774 063	
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	OLEŚNICA 08-117, OLEŚNICA 132	
telefon/ telefony	25 785 60 66	
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	POŚWIĘTNE 05-326, UL. SZKOLNA 4	
telefon/ telefony	25 786 07 09	
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	PUSTELNIK 05-305, UL. SZKOLNA 16	
telefon/ telefony	22 417 33 86	
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	SIEDLCE 08-110, UL. KSIĘDZA JANA NIEDZIAŁKA 14	
telefon/ telefony	25 785 60 01	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-536, UL. LUDWIKA NARBUTTA 29	1
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	26.04.2022 r.	
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	CZASOWE ZAWIESZENIE DZIAŁALNOŚCI PUNKTU OD 01.08.2022 R. DO ODWOŁANIA	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BULKOWO KOLONIA 09-454, UL. PŁOCKA 59	
telefon/ telefony	24 265 20 26	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GIELNIÓW 26-434, UL. PIŁSUDSKIEGO 47	
telefon/ telefony	48 672 00 14	1
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”	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OSTROŁĘKA 07-417, UL. POLNA 17	
telefon/ telefony	29 769 01 90	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PUŁTUSK 06-100, UL. PIOTRA SKARGI 23/29	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-951, UL. CHORĄGWI PANCERNEJ 50	
telefon/ telefony	728 217 121	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 00-713, UL. GRUPY AK PÓŁNOC 4/U20	
telefon/ telefony	22 414 11 00	
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"	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 1B/21	
telefon/ telefony	22 375 85 27	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, UL. SARMACKA 18/93	
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	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 - 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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-131 , UL. MEHOFFERA 72/74	
telefon/ telefony	22 811 06 88	
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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW 06-400 , UL. NARUTOWICZA 20	
telefon/ telefony	23 661 84 00	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĄBKI 05-091 , UL. KS. I. SKORUPKI 37A	
telefon/ telefony	22 400 13 77	
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	4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZĄBKI, 05-091 , UL. TĘCZOWA 16	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-044 , UL. SPOKOJNA 5	
telefon/ telefony	660 428 754	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-637 WARSZAWA, UL. SZAJNOCHY 8	
telefon/ telefony	22 833 14 77	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-887, UL. ŻEROMSKIEGO 13	

telefon/ telefony	22 833 14 77	1
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	31.07.2022 r.	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 05-077, UL. TRAKT BRZESKI 57B LOK. 3	
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, 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, 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, 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	01.06.2022 r.	
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	01.06.2022 r.	

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	11.05.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 4		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-230, Ul. JUTRZENKI 100	
telefon/ telefony	797 109 131	
Data dodania do wykazu	12.05.2022 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	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 01-164, UL. BANDERII 4/U3	
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"	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 04-874, UL. PRZEWODOWA 32	1
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZYDŁOWIEC 26-500, UL. WSCHODNIA 23	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 04-370, UL. KOBIELSKA 62	1
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	30.06.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRODZISK MAZOWIECKI, 05-827, UL. H.SZCZERKOWSKIEGO 4,	
telefon/ telefony:	786 222 999	
Data dodania do wykazu	01.07.2022 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	09.05.2022 r.	
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	09.05.2022 r.	
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 (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, 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, 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 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 "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 "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" 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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CIECHANÓW, 06-400, UL. KRASZEWSKIEGO 8	3
telefon/ telefony:	502-712-416	
Data dodania do wykazu	19.04.2021 r.	
Data wykreślenia z wykazu	28.02.2022 r.	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-776, UL. I. GANDHI 14	
telefon/ telefony:	608 461 464	5
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TŁUSZCZ 05-240, UL. WARSZAWSKA 11	
telefon/ telefony:	798 757 585/29 742 01 17	1
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.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRZYKÓW 09-530, UL. SŁONECZNA 24	
telefon/ telefony:	24 386 99 99	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-676, UL. POSTĘPU 3	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 03-738, UL. KIJOWSKA 1	
telefon/ telefony	226020997	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-022, UL. BELLOTTIEGO 1/10	1

telefon/ telefony	794692702/794692000	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-972, UL. BRANICKIEGO 15	
telefon/ telefony	794 365 248/501 835 672	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-495, UL. GENERAŁA KAZIMIERZA SOSNKOWSKIEGO 1C	5
telefon/ telefony	881 221 433	
Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.	
Data wykreślenia z wykazu	20.04.2022 r.	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BŁONIE 05-870, UL. PIŁSUDSKIEGO 2/4	
telefon/ telefony	530 577 036	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRWINÓW, 05-840,	
telefon/ telefony	22 7295769	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TERESIN, 96-516, ELŻBIETÓW 48	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OTWOCK, 05-400, UL. POWSTAŃCÓW WARSZAWY 3	1
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOBIENIE JEZIORY, 08-443, UL. WARSZAWSKA 19	

telefon/ telefony	502-323-115	3
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	
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM, 26-610, UL.KRAKOWSKA 5/4	2
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	
Data dodania do wykazu	07.05.2021 r.	
Data wykreślenia z wykazu	09.05.2022 r.	
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	08.06.2022 r.	
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MAZOWIECKIE SPECJALISTYCZNE CENTRUM ZDROWIA IM. PROF. JANA MAZURKIEWICZA W PRUSZKOWIE	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PRUSZKÓW, 05-800, UL. PARTYZANTÓW 2/4	
telefon/ telefony	519 564 871; 697 066 985	
Data dodania do wykazu	09.06.2022 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	4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOM, 26-600, UL. KRÓLOWEJ JADWIGI 13	
telefon/ telefony	48 345 97 96	
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	5
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-972, HLONDA 1	
telefon/ telefony	791 280 019	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMIANKI, 05-092, UL. PARTYZANTÓW 23	
telefon/ telefony	571 550 950	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 04-749, BURSZTYNOWA 2C	
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	3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 01-211, UL. MARCINA KASPRZAKA 31/ U7	
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 , 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 , 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" 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, 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 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 SP. Z O .O.	
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	2
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBRÓWKA, 05-252, UL. KOŚCIELNA 8 D	
telefon/ telefony	510-202-362	
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.	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK, 09-400 UL. ZGLICZYŃSKIEGO 6/1	
telefon/ telefony	24 366 03 20	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁYSE, 07-437, UL. ADAMA CHĘTNIKA 2 B	
telefon/ telefony	297725416	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 04-337, UL. OBAROWSKA 21/29	
telefon/ telefony	603111877	

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	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 02-116, UL. SĄCHOCKA 7	
telefon/ telefony	516516133	
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	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-214 , UL. FRANCISZKAŃSKA 14 lokal 105	
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	
Data dodania do wykazu	01.12.2021 r.	
Data wykreślenia z wykazu	31.07.2022 r.	
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-024, WARSZAWA, UL. ALEJE JEROZOLIMSKIE 54	

telefon/ telefony	882 495 910	1
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	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOCK, 09-410, UL. WYSZOGRODZKA 127	1
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 21/307	
telefon/ telefony:	22 535 36 00	
identyfikator REGON	14747623700036	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	BORAMED KEN	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	01.02.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		
nazwa:	BORAMED	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-982, UL. BORA-KOMOROWSKIEGO 21/307	
telefon/ telefony:	222501577	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 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		

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 731	od 12.01.2021 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MG ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2	
telefon/ telefony:	570 033 307	
identyfikator REGON	52063884600011	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2	
telefon/ telefony:	570 033 307	
Data dodania do wykazu	09.05.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH - MG ZDROWIE SP. Z O.O. W JÓZEFOWIE	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	JÓZEFÓW, 05-410, UL. KSIĘDZA SKORUPKI 2	
telefon/ telefony:	570 033 307	
Data dodania do wykazu	09.05.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 732	od 22.07.2022 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM OCHRONY ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STAROŹREBY, 09-440, UL. ŻWIRKI I WIGURY 8	
telefon/ telefony:	515 610 546	
identyfikator REGON	52024398700015	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ DROBIN	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DROBIN, 09-210, UL. PRZYSZŁOŚĆ 18	
telefon/ telefony:	24 360 47 01	
Data dodania do wykazu	22.07.2022	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PUNKT SZCZEPIEŃ ŁĘG PROBOSTWO	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘG PROBOSTWO, 09-210, ŁĘG PROBOSTWO 23	
telefon/ telefony:	24 360 47 02	
Data dodania do wykazu	22.07.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 733	od 01.08.2022 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA KONSTANCIN SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. WARSZAWSKA 22/U21	
telefon/ telefony:	666 079 433	
identyfikator REGON	36828655700015	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA KONSTANCIN	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KONSTANCIN-JEZIORNA 05-520, UL. WARSZAWSKA 22/U21	
telefon/ telefony	666 079 433	
Data dodania do wykazu	01.08.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 734	od 01.06.2022 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GRUPA ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PŁOŃSK 09-100, UL. HENRYKA SIENKIEWICZA 7	
telefon/ telefony:	22 749 10 40	
identyfikator REGON	52218374600016	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GABINET SZCZEPIEŃ	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BABOSZEWO 09-130, UL. JANA I ANTONIEGO BRODECKICH 7	
telefon/ telefony	22 749 10 50	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 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 40	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 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	CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 06-232, CZERWONKA WŁOŚCIAŃSKA 36A	
telefon/ telefony	22 717 95 70	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 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	01.06.2022 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	01.06.2022 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	01.06.2022 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	01.06.2022 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	01.06.2022 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	01.06.2022 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	29 717 77 18	
Data dodania do wykazu	01.06.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 11		**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	01.06.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 12		**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	2
Data dodania do wykazu	01.06.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 13		**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	01.06.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 14		**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	01.06.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 735	od 15.08.2022 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STAY HEALTHY CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 02-699, UL. KŁOBUCKA 8A/U4	
telefon/ telefony:	664 368 808	
identyfikator REGON	52188392100010	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:		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	15.08.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 736	od 23.08.2022 r.	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SED E.S. NOWACCY, D. WRÓBLEWSKA SP. J.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 04-157, UL. MLĄDZKA 27A	
telefon/ telefony:	22 243 26 80	
identyfikator REGON	01543064800033	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	REH-MEDICA CENTRUM REHABILITACJI	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA 03-984, UL. GEN.A.E.FIELDORFA „NILA" 18	
telefon/ telefony	22 243 26 80	
Data dodania do wykazu	23.08.2022 r.	
Data wykreślenia z wykazu		

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS - wyjazdowy punkt szczepień, APT - punkt szczepień w aptece ogólnodostępnej