



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

---

Białystok, dnia 5 czerwca 2020 r.

Poz. 2734

### **OBWIESZCZENIE NR 25/2020 WOJEWODY PODLASKIEGO**

z dnia 5 czerwca 2020 r.

#### **zmieniające obwieszczenie w sprawie ogłoszenia wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567, 568, 695 i 875) ogłasza się, co następuje:

§ 1. W obwieszczeniu nr 3/2020 Wojewody Podlaskiego z dnia 25 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (Dz. Urz. Woj. Podlaskiego poz. 1401 z późn. zm.<sup>1)</sup>) załącznik do obwieszczenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego obwieszczenia.

§ 2. Obwieszczenie podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego.

**Wojewoda Podlaski**  
*Bohdan Paszkowski*

---

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionego obwieszczenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. Woj. Podlaskiego z 2020 r. poz. 1631, 1692, 1869, 1931, 1971, 1993, 2035, 2105, 2135, 2211, 2342, 2375, 2400, 2434, 2461, 2475, 2488, 2549 i 2621

Załącznik do obwieszczenia nr 25/2020  
Wojewody Podlaskiego z dnia 5 czerwca 2020 r.

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

|                                                   |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 86 272 32 71                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 450666822                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | PRZEDSIĘBIORSTWO OPIEKI SZPITALNEJ - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŻNY                                                 |                                 | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 272 32 71 wew. 233                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 272 32 71 wew. 289                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 691 473 228                                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 87 644 42 84                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 790317038                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŻNY                                                                            |                                 | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 64 44 250                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 64 44 200                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | HOTEL KRECHOWIAK                                                                                                    |                                 |          | X<br>data zawarcia umowy<br>14.04.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | AUGUSTÓW, 16-300, UL. 1 PUŁKU UŁANÓW KRECHOWIECKICH 2                                                               |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 643 20 33                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200<br>DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9                                                                          |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 682 92 02                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 050582500                                                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL IM. LEK. WŁODZIMIERZA MANTIUKA - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY                                               |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200,<br>DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 606 996 889                                                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200,<br>DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 682 92 47                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |                                           |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | HAJNÓWKA, 17-200<br>DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9                                                                          |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 606 996 889                                                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.                                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30                                                                              |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                                                                     |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM                                                  |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZEŁOWSKA 1                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 833 43 30                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 050584924                                                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | LECZNICTWO SZPITALNE - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO- ZAKAŹNY                                                                |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZEŁOWSKA 1                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 833 43 56                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZEŁOWSKA 1                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 833 27 50                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | HOTEL CZTERY PORY ROKU                                                                                              |                                 |          | X<br>data zawarcia umowy<br>09.04.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI                                                                                  |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 655 05 54                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |                                           |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM                                                  |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZEŁOWSKA 1                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 833 43 56                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH                                                            |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60                                                                                      |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 87 562 94 21                                                                                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 790319362                                                                                                           |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                                                                     |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY - ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH                                                                 |                                 | X                     |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60                                                                                      |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 562 92 15                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60                                                                                      |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 562 92 61                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |                       |                                           |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | HOTEL HOLIDAY                                                                                                       |                                 |                       | X<br>data zawarcia umowy<br>20.04.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STARY FOLWARK 106, 16-402 SUWAŁKI                                                                                   |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 563 71 20                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH                                                            |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60                                                                                       |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 533 340 151                                                                                                         |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY                                                       |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11                                                                    |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 86 473 36 24                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 450665024                                                                                                           |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY                                                       |                                 | X<br>do 31.05.2020 r. |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11                                                                    |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 473 36 24                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ODDZIAŁ CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 5)                                                     |                                 | X<br>od 01.06.2020 r. |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11                                                                    |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 473 36 24                                                                                                        |                                 |                       |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |





[illegible]

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH I NEUROINFЕКCJI                                                                |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14                                                                                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH I HEPATOLOGII Z PODODDZIAŁAMI: OBSERWACYJNYM, ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14                                                                                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY - PODODDZIAŁ DLA ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS WRAZ Z IZBĄ PRZYJĘĆ                                      |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14                                                                                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH I CHOROÓB WĄTROBY                                                              |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14                                                                                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14                                                                                                    |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A                                                                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 740 95 73                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |                                                                                                                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                                  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |



| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | HOTEL JARD DZIEMIAN I WSPÓLNICY SP.J.                                                                           |                                 |          | X<br>data zawarcia umowy<br>11.05.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WASILKÓW,16-010, BIAŁOSTOCKA 94                                                                                 |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 601 612 950                                                                                                     |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |                                                                                                                 | katalog realizowanych świadczeń |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku                                        |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 745 05 00                                                                                                    |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 001406394                                                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Dziecięcy Szpital Uniwersytecki - KLINIKA OBSERWACYJNO - ZAKAŻNA DZIECI                                         |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 745 06 93                                                                                                    |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Dziecięcy Szpital Uniwersytecki - KLINIKA NEUROLOGII I REHABILITACJI DZIECIĘCEJ (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 2) |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 745 07 47                                                                                                    |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Dziecięcy Szpital Uniwersytecki - KLINIKA CHIRURGII I UROLOGII DZIECIĘCEJ (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 8)       |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 745 09 21                                                                                                    |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium                               | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Dziecięcy Szpital Uniwersytecki - KLINIKA PEDIATRII, CHOROBY PŁUC I GRUŻLICY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 9)    |                                 | X        |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                       |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 745 05 00                                                                                                    |                                 |          |                                           |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO                                                                                        | 1                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-274, UL. WASZYNGTONA 17                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 745 07 47; 85 745 05 00                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W SUWAŁKACH                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 87 566 22 68                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 791001627                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY                                           | 1                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY                                           | 1                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. ROSICZKOWA 2, 16-300 AUGUSTÓW                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA                                                                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 86 216 62 15                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 450192689                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY                                                                              | 2                               |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA                                                                                                          |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                  |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                                                                                                                  | katalog realizowanych świadczeń |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU                                             |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK                                                                                                                 |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 663 73 01                                                                                                                                     |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50622576                                                                                                                                         |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY                                                                        | 2                               |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK                                                                                                                 |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                  |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |                                                                                                                                                  | katalog realizowanych świadczeń |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRA KOSCIĄŁKOWSKIEGO |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27                                                                                                              |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 869 35 50                                                                                                                                     |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 050637922                                                                                                                                        |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRA KOSCIĄŁKOWSKIEGO |                                 | X<br>do 31.05.2020 r. |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27                                                                                                              |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 869 35 50                                                                                                                                     |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                  | transport sanitarny **          | leczenie              | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 34)                                                                |                                 | X<br>od 01.06.2020 r. |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27                                                                                                              |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 869 35 50                                                                                                                                     |                                 |                       |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

[illegible]

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO                                                                                                                       | 1                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                                                                                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | GABINET STOMATOLOGICZNY EURODENT AGNIESZKA CIMOCHOWSKA (DENTOBUS)                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SUCHOWOLA, 16-150, UL. KUPIECKA 8/3                                                                                                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 607795687                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 052233560                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY                                                                                      |                                 |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11                                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 697970525                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO |                                 |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27                                                                                                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 697970525                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |                                                                                                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2                                                                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 87 517 23 14                                                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 790317340                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2                                                                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 87 516 21 38                                                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       |                                                                                                                                                    | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 86 276 36 00                                                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 451153332                                                                                                                                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                    | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 276 36 32                                                                                                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |



| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 276 36 32                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 86 477 55 01                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 450666236                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 86 477 55 60                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 508 188 828                                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |  |                                                                                                                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |  | katalog realizowanych świadczeń                                                                                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            |  | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE                                                                                                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | KOLNO, 18-500,<br>UL. WOJSKA POLSKIEGO 69                                                                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 86 278 23 50                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 450667610                                                                                                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | KOLNO, 18-500,<br>UL. WOJSKA POLSKIEGO 69                                                                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 86 278 24 24 w. 321, 301                                                                                                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI<br>PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-<br>MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                             |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 85 748 59 93                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE                                                                                                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | KOLNO, 18-500,<br>UL. WOJSKA POLSKIEGO 69                                                                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 607 690 219                                                                                                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |  | katalog realizowanych świadczeń                                                                                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            |  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>W SIEMIATYCZACH                                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8                                                                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                |  | 85 655 28 25                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               |  | 50653482                                                                                                                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8                                                                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 85 655 22 00 w. 312                                                                                                           |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.                                                                                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30                                                                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 349 60 60                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny **                                                                                                        | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            |  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH                                                             |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8                                                                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |  | 85 655 28 25                                                                                                                  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                                                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       | katalog realizowanych świadczeń                                                                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE                                                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40                                                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 722 04 63                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50653170                                                                                                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40                                                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 722 05 41                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       | katalog realizowanych świadczeń                                                                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ                                             |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15                                                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 712 12 06                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50583037                                                                                                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA                                                                                               |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15                                                                |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 712 12 06                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       | katalog realizowanych świadczeń                                                                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH                                                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9                                                                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 668 877 590                                                                                                         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50652956                                                                                                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |                                                                                                                      | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                             | CENTRALNA IZBA PRZYJĘĆ                                                                                               |                                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | MONKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9                                                                                  |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 85 727 81 60                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                   |                                                                                                                      | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                    |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 85 748 59 93                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                                                      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                             | <b>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE</b>                                |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIENSKA 96                                                                                  |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 85 716 76 24, 727 91 72                                                                                              |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 451097214                                                                                                            |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |                                                                                                                      | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIENSKA 96                                                                                  |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 85 727 91 70                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                   |                                                                                                                      | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                    |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 85 748 59 93                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                   |                                                                                                                      | transport sanitarny **                 | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE                                       |                                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIENSKA 96                                                                                  |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 85 716 70 26                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                                                      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                             | <b>SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU</b> |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26                                                                     |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 85 748 85 00                                                                                                         |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 50657729                                                                                                             |                                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ- CURIE 26                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 81 10                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 664 68 00                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50657379                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 664 67 10                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE                                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12                                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 573 424 949                                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH                                                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 814 24 38                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50644804                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |



|                                                   |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 814 24 16, 66                                                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO                                                                                        | 1                               |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH                                                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 814 24 16                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY;               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 719 10 91                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50580458                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 71 91 091 w. 220                                                                                                 |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNOMOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK                                                                                 |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 664 85 19                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50653482                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                                                                     |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 664 85 16                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | EWA KONOPELKO - ŚLIŻEWSKA                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 505 128 840                                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 550058380                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | Gabinet stomatologiczny                                                                                             |                                 |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14 BUD. G GAB. 14                                                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 505 128 840                                                                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | HUMANA MEDICA OMEDA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                         |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK , 15-482, UL. FABRYCZNA 39                                                                                |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 654 53 53                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 52142700                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |                                                                                                                     | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | "B. LARSEN" ALICJA SZAFALOWICZ, KRZYSZTOF SZAFALOWICZ SPÓŁKA JAWNA                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK , 15-057, UL. BOLESŁAWA CHROBREGO 16A/2                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 65 44 815                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 200707957                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                     | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|                                                   |                                                                                                                        |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | PRYWATNA KLINIKA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNA SP Z O.O.                                                                   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK , 15-224, UL. PARKOWA 6                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 85 732 20 22                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50316460                                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |                                                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | ADRIAN WOJCIECH PRZYSTUPA                                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIELSK PODLASKI, 17-100, ALEJA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 31                                                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 602 635 805                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 200236185                                                                                                              |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                                 |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 85 748 59 93                                                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |                                                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 608 142 750                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50690632                                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                        | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:                                            | ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA |                                 |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1                                                                                      |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 608 142 750                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |                                                                                                                        | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OŁĘDZKA                                  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60                                                                           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 608 053 585                                                                                                            |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 50278995                                                                                                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                       | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                                            | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OŁĘDZKA |                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEMIATYCZE, 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60                                          |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 608 053 585                                                                           |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu