



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

---

Poznań, dnia 9 kwietnia 2020 r.

Poz. 3373

### **OBWIESZCZENIE WOJEWODY WIELKOPOLSKIEGO**

z dnia 9 kwietnia 2020 r.

**w sprawie zaktualizowanego wykazu obejmującego listę podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, ze zm.) obwieszcza się wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie Wielkopolski, z dnia 9 kwietnia 2020 r.

Przedmiotowy wykaz stanowi załącznik do niniejszego obwieszczenia.

Obwieszczenie podaje się do publicznej wiadomości poprzez opublikowanie w Dzienniku Urzędowym Województwa Wielkopolskiego

Wojewoda Wielkopolski  
(-) Łukasz Mikołajczyk

| Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na terenie Wielkopolski, z dnia 09.04.2020 r.  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| nazwa: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUNCTWO - LECZNICZYM. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNAŃU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3.<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony: 618 779 533<br>identyfikator REGON 000306331 | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *<br>nazwa: Oddział Zakaźny<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.843.92.95   |                                 | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *<br>nazwa: Oddział Chorób Wewnętrznych<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.29   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *<br>nazwa: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 798844065   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *<br>nazwa: Oddział Okulistyczny<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.87.39.461  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *<br>nazwa: Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.93.52 lub 61.873.93.53  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *<br>nazwa: Oddział Reumatologii i Osteoporozy<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.92.41  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *<br>nazwa: Oddział Neurologii<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.22  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *<br>nazwa: Oddział Chirurgii Ogólnej, Laparoskopowej i Endokrynologicznej<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.55  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *<br>nazwa: Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Kolorektalnej<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.26  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *<br>nazwa: Oddział Neurochirurgii<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.75   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 *<br>nazwa: Oddział Kardiologiczny<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.93.92, 502-346-300 (Pracownia Hemodynamiki)   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 12 *<br>nazwa: Oddział Leczenia Udarów w Mózgu z Pododdziałem Neurologii<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.91.48 (144)  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 *<br>nazwa: Oddział Urologii z Pododdziałami: Urologii Onkologicznej, Endoskopowego Leczenia Kamicy Układu Moczowego<br>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3<br>telefon/ telefony 61.873.92.29 (230)   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 14 *                 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | Oddział Chirurgii Ogólnej i Obrażeń Wielonarządowych z Pododdziałami: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Leczenia Oparzeń, Chirurgii Plastyczno-Rekonstrukcyjnej, Rekonstrukcji Naczyń |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 61 873 92 58   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 *                 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | Oddział Kardiochirurgii z Salami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego   |                        | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-285, ul. Szwajcarska 3   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 61 87-39-253, 294  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 16 *                 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej z Pracowniami  |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 61 873 90 57   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 17*                  |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | IZOLATORIUM hotel IKAR   |                        |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-736 Poznań, ul. Solna 18,   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony                                 | 61 65 87 100 lub 221   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        | katalog realizowanych świadczeń  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 849 12 00   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000288863  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-572, ul. Szpitalna 27/33   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 504907994  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        | katalog realizowanych świadczeń                                    |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. DR. ROMANA OSTRZYCKIEGO W KONINIE |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 63 240 43 000  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000311591  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konin 62-504, ul. Szpitalna 45                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 63 240 44 02   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        | katalog realizowanych świadczeń                            |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Poznańska 79                            |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 62 765 13 56   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 300224440  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                                     | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kalisz 62-800, ul. Toruńska 7                              |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 62 757 91 94   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |   | katalog realizowanych świadczeń |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|---|---------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY<br>UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA<br>MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 60-535, ul. Polna 33   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 841 92 73  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000288840   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **  | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |   | X                               |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oddział Nieplodności i Endokrynologii Rozrodu   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | Poznań 60-535, ul. Polna 33<br>61 841 92 25   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **  | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |   | X                               |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oddział Izolacyjny Noworodka  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | Poznań 60-535, ul. Polna 33<br>61 841 93 41; 61 841 94 58   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

  

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |  | katalog realizowanych świadczeń |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|---------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POZNAŃ 60-118, UL. KRZYWA 13   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 839 26 00   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 634254014  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  | X                               |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | STACJA DIALIZ  | hemodializo-<br>terapia         |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | SZAMOTULY 64-500, UL. Sukienicza 13<br>885 888 957                     |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

  

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |  | katalog realizowanych świadczeń |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|---------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE HCP SP. z o.o.  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 22 74 104   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 639635360  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  | X                               |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Oddział obserwacyjno-zakaźny dla pacjentów psychiatrycznych z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 | psychiatry-<br>czne             |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194<br>61 22 74 522   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  | transport sanitarny **   | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  |                                 |             |            |                                     | X                                  |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALAB laboratoria sp. z o.o.  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | Poznań 61-485, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194<br>665 787 381  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

  

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |  | katalog realizowanych świadczeń |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|---------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | SZPITAL KLINICZNY PRZEMIENIENIA PAŃSKIEGO UNIWERSYTETU<br>MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-848 Poznań, ul. Długa 1/2   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 854 90 00   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000288828  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  |                                 |             |            |                                     | X                                  |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pracownia Mikrobiologicznej Diagnostyki Molekularnej   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 84<br>798 879 569   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

  

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        |  | katalog realizowanych świadczeń |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|---------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII<br>IM. EUGENI I JANUSZA ZEYLANDÓW |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 665-43-10   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 631250369  |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie                        | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  |                                 |             |            |                                     | X                                  |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej   |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 60-569 Poznań, ul. Augustyna Szamarzewskiego 62<br>61 66 54 284 lub 325 lub 222        |                                 |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       | katalog realizowanych świadczeń  |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | UNIWERSYTECKIE CENTRUM STOMATOLOGII I MEDYCZNY SPECJALISTYCZNEJ SP. Z O.O. |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70   |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 854 73 47, 61 854 70 11   |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 302639004  |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne           | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  |          |             |            | <b>X</b><br>zgodnie z przyjętym harmonogramem |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70   |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 778 780 177  |          |             |            |   |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       | katalog realizowanych świadczeń                                 |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
|---|---|----------|-------------|------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | ALEKSANDRA MAZUROWSKA INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA ART-DENTAL |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 62-022 Suchy Las, Plac Grybowski 6                              |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 631037322   |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 515 196 054   |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **  | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne           | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |   |          |             |            | <b>X</b><br>zgodnie z przyjętym harmonogramem |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 61-285, ul. Swajcarska 3  |          |             |            |   |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 796 536 742; 515 196 054  |          |             |            |   |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       | katalog realizowanych świadczeń                              |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866, ul. Garbary 15                                |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 61 88 50 700   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 291 204  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                                       | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  |  |          |             |            |                                     | <b>X</b>                           |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Poznań 61-866 ul. Garbary 15                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 061 88 50 700  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

**ZAPOTRZEBOWANIE NA TRANSPORT SANITARNY NALEŻY ZGŁOSIĆ POD NUMEREM TEL.: 987**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        | katalog realizowanych świadczeń                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|---|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA W CHODZIEŻY |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻEROMSKIEGO 29<br>64-800 CHODZIEŻ                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 67 282 92 21  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000308519   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                                | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  | <b>1 zespół</b>                                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻEROMSKIEGO 29<br>64-800 CHODZIEŻ                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        | katalog realizowanych świadczeń                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W TURKU |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODUCHOWNE 1<br>62-700 TUREK                           |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| telefon/ telefony:                                | 63 280 55 08   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| identyfikator REGON                               | 000300050  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | transport sanitarny **                                 | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |  |
| nazwa:  | <b>1 zespół</b>  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PODUCHOWNE 1<br>62-700 TUREK                           |          |             |            |                                     |                                    |                                     |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KEPNIE |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7<br>63-600 KEPNO                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 62 782 73 09  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000308548   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KEPNIE | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZPITALNA 7<br>63-600 KEPNO                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |                                       | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNE |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIEPURY 45<br>64-100 LESZNO           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 85 525 31 13                          |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 000310232                             |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W LESZNE | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KIEPURY 45<br>64-100 LESZNO           |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10<br>60-346 POZNAŃ                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 61 864 88 12                                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 639686132  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W POZNANIU | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYCERSKA 10<br>60-346 POZNAŃ                       |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |  | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|--|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1<br>63-100 ŚREM   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 61 281 54 43   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 301778672  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMOŃSKIEGO 1<br>63-100 ŚREM   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7        |   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1<br>62-510 KONIN   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 63 245 19 51  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 001347154   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | WIELKOPOLSKIE CENTRUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO<br>SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARD. S. WYSZYŃSKIEGO 1<br>62-510 KONIN   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |   | katalog realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
|---|---|---------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| nazwa:  | ARTUR OBST NZOZ Obst Ambulans Union - Ratownictwo<br>Medyczne |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-508 Parkowo, Parkowa 8A                                    |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| telefon/ telefony:                                | 61 29 64 134  |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| identyfikator REGON                               | 630375057   |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny **          | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa:  | OBST AMBULANS UNION- ODDZIAŁ OBORNIKI                         | 1 zespół                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 64-600 Oborniki ul. Łukowska 12                               |                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu