



DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Bydgoszcz, dnia 21 kwietnia 2020 r.

Poz. 2132

OBWIESZCZENIE

WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO

z dnia 16 kwietnia 2020 r.

w sprawie aktualizacji wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374, poz. 567, poz. 568) ogłaszam aktualny wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski
Mikołaj Bogdanowicz

załącznik nr 1
do obwieszczenia
Wojewody Kujawsko-pomorskiego
z dnia 16 kwietnia 2020 r.

**WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, W TYM TRANSPORTU SANITARNEO, W ZWIĄZKU
Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Borowicza | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000979188 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Borowicza | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |
| identyfikator REGON | 092356930 | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Onkologiczno-Pulmonologiczny z Chemioterapią | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000316068 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Oddział Hepatologiczny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Dermatologiczny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chemioterapii Nowotworów | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna Poradnia Dentystyczno-Epidemiologiczna | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Krasińskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Grudziądzka 47/51 | 1 | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
|---|-----------------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital Sp. z o.o. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| identyfikator REGON | 812731198 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Medycyny Paliatywnej | | X | | | X |

| | | | | | | |
|--|--|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | 1 | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7 | | | | | |
| identyfikator REGON | 001044962 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 8 | 1 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13 | 1 | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| ulica i nr domu | Rydygiera 15/17 | | | | | |
| identyfikator REGON | 870298738 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | X | X | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | 1 | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|---|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o. S.K. (DENTOBUS) | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Iwiczna/05-500/ul. Nowa 6 | | | | | |
| identyfikator REGON | 360849050 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne-DENTOBUS | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | X | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

załącznik nr 2
do obwieszczenia
Wojewody Kujawsko-pomorskiego
z dnia 16 kwietnia 2020 r.

**WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, W TYM TRANSPORTU SANITARNEGO, W ZWIĄZKU
Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19**

stan na dzień 07-
04-2020

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Borowicza | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000979188 | | | | | | | |
| 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 Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Borowicza | | X | | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092356930 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Onkologiczno-Pulmonologiczny z Chemioterapią | | X | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy | | X | | | | X | |

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000316068 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | X | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa | wstępna kwalifikacja typu pretriage |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| | | | | | | ne | SARS-CoV-2 | |
| nazwa: | Oddział Hepatologiczny | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | X | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Dermatologiczny | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | X | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | X | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Chemioterapii Nowotworów | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a | | X | | | | X | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna Poradnia Dentystyczno- | | | | | X | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| | Epidemiologiczna | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Krasieńskiego 4/4a | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Krasieńskiego 4/4a | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Grudziądzka 47/51 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Nowy Szpital Sp. z o.o. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| identyfikator REGON | 812731198 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno- Zakaźny | | X | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | X | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Oddział Medycyny Paliatywnej | | X | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001044962 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 8 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13 | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 870298738 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | X | X | | | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna | | | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | 1 | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o. S.K. (DENTOBUS) | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Iwiczna/05-500/ul. Nowa 6 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 360849050 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | X | | |
| | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001126074 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
|--|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| nazwa: | Zakład Mikrobiologii | | | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBL.ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod | MOGILNO/88- | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| pocztowy/ ulica i nr domu | 300/KOŚCIUSZKI 10 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092358112 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88- 300/KOŚCIUSZKI 10 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | "SZPITAL TUCHOLSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI A | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89- 500/NOWODWORSKIEG O 14-18 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092965579 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TUCHOLA/89- 500/NOWODWORSKIEG O 14-18 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| | J.ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIĘCBORKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 093213663 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DLA NERWOWO I PSYCHICZNIE CHORYCH IM. DR JÓZEFA BEDNARZA W ŚWIECIU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291523 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000302327 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000310025 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHELMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1 | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000898946 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| nazwa: | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 001255363 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia | test na obecność | wstępna kwalifikacja typu |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|---|-----------------------------------|------------------|
| | | | | | | | stomatologicz ne- DENTOBUS | wirusa SARS-CoV- 2 | pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|---|---|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 090538318 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| | | świadczeń | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZ NY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092325348 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6 | | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | |
| nazwa: | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 092354746 | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- ne- | test na obecność wirusa SARS-CoV- | wstępna kwalifikacja typu pretriage | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| | | świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻNIN/88- 400/SZPITALNA 30 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 093213309 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŻNIN/88- 400/SZPITALNA 30 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄBRZEŹNO/87- 200/WOLNOŚCI 27 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 320425520 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz | test na obecność wirusa | wstępna kwalifikacja typu pretriage |

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------|--|--|--|--|--------------------|-------------------|---|
| | | | | | | ne-DENTOBUS | SARS-CoV-2 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WĄBRZEŻNO/87-200/WOLNOŚCI 27 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,, | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAKŁO NAD NOTECIA/89-100/MICKIEWICZA 7 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 340104087 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne ne-DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAKŁO NAD NOTECIA/89-100/MICKIEWICZA 7 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne ne-DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9 | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | SZPITAL UNIwersytecki NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 340517145 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPÓŁKA Z O.O. | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 340572055 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | catalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCLAWKU | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOCLAWEK/87-800/WIENIECKA 49 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 341411727 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOCLAWEK/87-800/WIENIECKA 49 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W ŁASINIE | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASIN/86-320/RADZYŃSKA 4 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 870250810 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 870252274 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa | wstępna kwalifikacja typu pretriage |

| | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|--|--|--------------------|-------------------|---|
| | | | | | | ne-DENTOBUS | SARS-CoV-2 | |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHEŁMŻY | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 871547899 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne ne-DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI A | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 871552334 | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
|--|-----------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|--|---|---|
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GOLUB-DOBRZYŃ/87- 400/KOPPA 1E | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|----------|-------------|------------|--|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJÓW/88- 200/SZPITALNA 3 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 910333036 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJÓW/88- 200/SZPITALNA 3 | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|---|--|--|
| identyfikator REGON | 910858394 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2 | | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | |
| nazwa: | POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O. | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87- 700/SŁOWACKIEGO 18 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 911344332 | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologicz ne- DENTOBUS | test na obecność wirusa SARS-CoV- 2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage |
| nazwa: | IZBA PRZYJĘĆ | | | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87- 700/SŁOWACKIEGO 18 | | | | | | | |

załącznik nr 3
do obwieszczenia
Wojewody Kujawsko-pomorskiego
z dnia 16 kwietnia 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: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Borowicza | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000979188 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Borowicza | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| identyfikator REGON | 092356930 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Onkologiczno-Pulmonologiczny z Chemioterapią | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000316068 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny | | X | | | X |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|-----------------|--------------------|--|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśńskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Hepatologiczny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśńskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Dermatologiczny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśńskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśńskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chemioterapii Nowotworów | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul.Kraśńskiego 4/4a | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna Poradnia Dentystyczno- Epidemiologiczna | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Kraśńskiego 4/4a | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
|---|------------------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Grudziądzka 47/51 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59 | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
|---|---|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Nowy Szpital Sp. z o.o. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| identyfikator REGON | 812731198 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny | | X | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | | X | | | X |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------------|--------------------|--|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Oddział Medycyny Paliatywnej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | | X | | | X |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego 126 | 1 | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--------------------|--|------------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność lecniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 7 | | | | | |
| identyfikator REGON | 001044962 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Ks. R. Markwarta 8 | 1 | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13 | 1 | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|--|--------------------------------|
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| identyfikator REGON | 870298738 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | X | X | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Poradnia Stomatologiczna | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Transport sanitarny | 1 | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Stomatologia Piaseczno Sp. z o.o. S.K. (DENTOBUS) | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Iwiczna/05-500/ul. Nowa 6 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--------------------|---|--------------------------------|
| identyfikator REGON | 360849050 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne-DENTOBUS | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego | | | | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 | | | | | |
| | | | | | | |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | |
| nazwa: | Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9 | | | | | |
| identyfikator REGON | 001126074 | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne-DENTOBUS | test na obecność wirusa |
| nazwa: | Zakład Mikrobiologii | | | | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9 | | | | | |